UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

UNIVERSITE de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
S C D

ANNEE 2007-2008 **THESE N° 3146 /1**

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR AU SEIN DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

présentée et soutenue publiquement le vendredi 26 octobre 2007

SCD UNIV.LIMOGES
D 035 176107 8

PAR
CHERINE ABSSI
NEE LE 26/05/1979 A ZAHLE-LIBAN

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LE PROFESSEUR DUMAS.....PRESIDENT
M. LE PROFESSEUR BUISSON.....JUGE
M. LE PROFESSUER TREVES .....JUGE
MME LE DOCTEUR ANTONINI.....JUGE
M LE DOCTEUR EICHLER (Directeur de Thèse) .....Membre Invité
MME LE DOCTEUR BELLET-FRAYSSE.....Membre Invité

Université de Limoges | FACULTÉ DE MÉDECINE

Le 01.09.2007

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Jean-Claude VANDROUX

ASSESSEURS : Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Denis VALLEIX
Monsieur le Professeur PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S.)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BONNAUD François (C.S.)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE

COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S.)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S.)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DUDOGNON Pierre **(SUR 31.8.2009)**	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S.)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S.)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (CS)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S.)	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
PILLEGAND Bernard (**SUR 31.8.08)**	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
PIVA Claude **(SUR 31.8.08)**	MEDECINE LEGALE et DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
RIGAUD Michel **(SUR 31.8.2010)** (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre	O.R.L.
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (CS)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (CS)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	PHYSIOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JULIA Annie	HEMATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PETIT Barbara	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
RONDELAUD Daniel	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE--SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE
BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITTIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe DUMAS
Chef du Service d'UROLOGIE du CHU de Limoges

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Permettez moi de vous présenter mes respectueux remerciements et ma profonde gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à cette thèse.

A Monsieur le Docteur Bernard EICHLER
Chef du service d'hospitalisation à domicile du CHU de Limoges

Vous m'avez aidé dans le choix de mon sujet.

Je vous remercie sincèrement et vous assure de mon profond respect.

A mon jury de thèse.

Permettez-moi de vous présenter mes remerciements pour vos précieux conseils et pour le temps que vous avez consacré à ce travail.

Je vous en suis très reconnaissante et je vous remercie.

A Madame le Docteur Elisabeth BELLET-FRAYSSE
Médecin attaché, Service d'Hospitalisation à domicile du CHU de Limoges

Vous m'avez guidé tout au long de ce travail en m'apportant votre expérience et votre compétence.

Je vous suis profondément reconnaissante de la disponibilité et de la bienveillance dont vous avez fait preuve à l'égard de ce travail.

Tous mes remerciements à l'ensemble des structures d'hospitalisation à domicile qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire. (Voir liste annexe 1)

Je dédie cette thèse :

A ma famille

Pour son soutien inconditionnel tout au long de mes études.

A mes amis

Pour leur soutien chaleureux.

A toute l'équipe d'hospitalisation à domicile

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION : POURQUOI UNE THESE SUR L'HOPITALISATION A DOMICILE

II - DEFINITIONS

II - HISTORIQUE

III - PRESENTATION DU SERVICE D'HAD DU CHU DE LIMOGES

IV - FONCTIONNEMENT DU SERVICE D'HAD DU CHU DE LIMOGES

V - ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR AU SEIN DE L'HAD

VI - CONCLUSION

I - INTRODUCTION :

POURQUOI UNE THESE SUR L'HOSPITALISATION A DOMICILE ?

En France, l'augmentation de l'espérance de vie, tant dans le sexe féminin que dans le sexe masculin, induit des hospitalisations fréquentes de la personne âgée. En outre, l'amélioration des soins ainsi que la présence d'un système médicalisé pris en charge par la sécurité sociale augmentent considérablement le nombre d'hospitalisation. S'ajoute à tout cela un coût important des frais de soins dans tous les secteurs. Tout ceci a fait que l'état a émis des objectifs précis pour diminuer les dépenses de la sécurité sociale en limitant le nombre des lits dans les divers services ainsi que le remboursement de certains médicaments.

La présence d'un service d'hospitalisation à domicile contribue à la diminution de ces dépenses de santé. Il permet un retour rapide à domicile. En soins orthopédiques par exemple, en cas d'immobilisation prolongée, le patient peut rester à domicile en attendant la rééducation post-opératoire, permettant de cette façon, une baisse considérable de la durée moyenne de séjour. Comme à l'hôpital, ce service peut également assurer des soins complexes, par exemple des chimiothérapies, permettant ainsi au malade souvent fragile de rester à domicile entouré de ses proches.

Après avoir passé six mois de stage, au cours de mon internat de médecine générale, dans le service d'hospitalisation à domicile du CHU de Limoges, je me suis rendue compte que ce système d'hospitalisation présentait une alternative intéressante à l'hospitalisation classique. Ce type d'hospitalisation permet de maintenir la même qualité de soins que dans un service d'hospitalisation classique

sans faire trop de dépenses, et plus encore, sans engorger les hôpitaux avec des malades qui ne nécessitent plus des soins rapprochés.
Il est également possible de régler directement des problèmes de retour ou de maintien à domicile en mettant par exemple, à disposition des malades, rapidement et gratuitement des aides à domicile, quelque soit leurs revenus. S'ajoutent à cette catégorie de malades, des patients en fin de vie, où malheureusement les soins prodigués par l'hôpital ne sont plus que des soins de confort, qui peuvent être assurés parfaitement au domicile du malade. Je pourrais donner encore beaucoup d'autres exemples où la structure d'HAD vient proposer des soins diverses et variés que l'on peut parfaitement effectuer à domicile.

L'ensemble m'a donné l'envie de me pencher encore plus sérieusement sur ce type de prise en charge des malades et d'étudier de plus près ce qui constitue à mon sens le pilier de cette structure ; à savoir la présence de médecin coordonnateur. Celui-ci, assure des tâches multiples que je vais développer en détails au cours de cette thèse.

Sa présence, fait toute la différence entre, la continuité des soins assurés par un service d'hospitalisation à domicile et la continuité des soins assurés par une infirmière libérale seule, sur prescription de sortie. Dans la mesure où le médecin coordonnateur assure une présence médicale, il est habilité à prescrire et à donner un avis médical chaque fois que cela est nécessaire en relation avec le médecin traitant (comme, par exemple quand survient une affection intercurrente, qui s'ajoute à l'origine de la cause de l'hospitalisation initiale, ou encore en cas d'absence du médecin traitant.). Au total, sa présence fait toute la particularité du service d'hospitalisation à domicile.

Cette fonction de Médecin coordonnateur a été rendue obligatoire ces dernières années par les pouvoirs publics, ne serait ce que pour valider le bien fondé des séjours en HAD, mais aussi assurer un suivi à distance des patients et coordonner les différentes actions de soins nécessaires. Le positionnement de ces médecins

coordonnateurs, face à des situations médicales demandant des réponses rapides pas forcément compliquées reste ambivalent et ce d'autant plus que chaque intervention médicale extérieure à la structure d'HAD a un coût. Le bon sens doit primer à condition qu'il y ait finalement « au finish » une concertation avec le médecin traitant.

Ainsi se développent petit à petit des activités de plus en plus « actives», de médecins coordonnateurs dans les structures d'hospitalisation à domicile.
Parallèlement, des formations sont organisées pour aborder ce nouveau métier (comme à Grenoble par exemple un diplôme universitaire existe spécialement pour la formation des médecins qui souhaitent travailler en HAD).

II - DEFINITION :

Le service d'hospitalisation à domicile assure, comme son nom l'indique, les soins médicaux et paramédicaux auprès du malade à son domicile. Le malade se retrouve ainsi dans son environnement de vie habituel, ce qui améliore en général son confort psychologique et moral.

Le service d'hospitalisation à domicile (HAD) intervient à domicile pour des pathologies aigues comme il peut intervenir auprès des malades ayant des pathologies lourdes ou en fin de vie. Dans ce dernier cas, on permet au malade selon son souhait et celui de sa famille, de vivre ses derniers jours en dehors d'une structure hospitalière.

Des infirmières diplômées d'état se déplacent pour assurer les soins à domicile, des aides soignantes interviennent dans les soins paramédicaux. Des kinésithérapeutes apportent leurs services au domicile des patients nécessitant de la rééducation physique. Certaines structures d'HAD travaillent avec des assistantes sociales, des aides ménagères, des diététiciennes, et des ergothérapeutes.

Comme à l'hôpital, des équipes s'occupant de la douleur et des soins palliatifs sont contactées pour intervenir au domicile du malade. De même, des psychologues sont souvent sollicités à la demande du médecin coordonnateur et celle des familles pour être à l'écoute du patient ou même des proches.

Il y a une notion de soins multiples et parfois complexes qui intervient dans la prise de décision de ce genre d'hospitalisation, pour différencier le recours aux IDE libérales ou au SSIAD (service de soins infirmiers à domicile). Ces derniers

interviennent surtout dans le cadre de la dépendance physique pour assurer des soins paramédicaux.

Le service d'hospitalisation à domicile contribue également à la diminution de la durée moyenne de séjour dans les services de soins traditionnels en permettant un retour rapide à domicile lorsque l'état du malade le permet.
Il peut aussi en collaboration avec l'assistante sociale mettre en place le portage des repas pour faciliter le maintien à domicile.

Le plus souvent un médecin, généraliste ou praticien hospitalier, intervient à mi-temps ou à temps complet dans la gestion médicale du service. Nous allons voir que certaines HAD en France n'ont pas de médecin. Le médecin de l'HAD est appelé médecin coordonnateur. Il assure la coordination des soins avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, intervient dans l'étude des critères d'admission du malade, fait appel à des médecins spécialistes quand cela est nécessaire, intervient dans la modification des prescriptions de médicaments ou de prescriptions d'examens complémentaires quand il juge cela indispensable et en cas d'absence du médecin traitant, et assure la sortie du malade dans les meilleures conditions.

Récemment, après la mise en place de la tarification à l'activité (la T2A), il a la charge de suivre de plus près les dossiers des patients puisque la codification de la T2A doit être validée par un médecin.
Les soins dispensés en HAD se distinguent de ceux dispensés en SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) par la présence d'un médecin coordonnateur qui intervient sur les prescriptions médicales ainsi que pour leur modification éventuelle en cas d'affection intercurrente. D'autre part, le personnel des SSIAD assure des soins ponctuels et peu fréquents dans la journée auprès de malades qui nécessitent peu de surveillance médicale.

L'HAD prenant en charge des malades polypathologiques on retrouve donc une notion de médecine générale et polyvalente qui nécessite fortement la présence d'un médecin coordonnateur.

En France il existe des HAD publiques, privés et associatives.

III – HISTORIQUE :

Le début de la mise en place d'une prise en charge médicale au domicile des malades remonte aux années 1947, aux Etats Unis par le professeur Bluestone à l'hôpital Montefiore de NEW YORK, sous le nom de : « Home Care ». Les soins médicaux et paramédicaux sont assurés à domicile par des infirmières et des aides soignantes, le suivi médical est sous la responsabilité du médecin hospitalier prescripteur. Ce médecin effectuait même les visites à domicile sans l'intervention du médecin libéral. Le but étant de permettre aux malades de retourner chez eux, dans l'optique d'apporter un confort psychologique du patient au sein de sa famille.

Ce concept a rapidement séduit l'ensemble des hôpitaux américains et a vite gagné l'Europe.

En France en 1956, un service d'HAD a été créé à Paris pour les malades cancéreux, en dehors de tout cadre réglementaire.

En 1961, une convention entre ce service et la caisse régionale d'assurance maladie de Paris a été mise en place.

En 1968, le concept d'hospitalisation à domicile s'est étendu à d'autres régions de province en France.

Le 31 décembre 1970, l'hospitalisation à domicile est officialisée dans une loi de réforme hospitalière : « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ». Ceci a été publié au Journal Officiel le 3 janvier 1971.

En 1974, la caisse nationale d'assurance maladie établi des conventions précisant le rôle exact d'un service d'hospitalisation à domicile. Ces conventions précisent notamment les critères d'admission des malades, le type de pathologies susceptibles d'être prises en charge en HAD, le prix de journée et les modalités du fonctionnement du service. Une notion manquait dans ce texte ; le rôle du médecin coordonnateur.

Cette organisation en France s'étendra en 1979 au secteur privé.

Malgré ces textes et cette possibilité d'évolution, il n'y a en France, en 1985, que 28 services d'HAD, dont celui de l'Hôpital de Limoges créé en 1980. Le développement de cette activité était freiné en raison de la réticence des hospitaliers (toutes professions confondues) face à un « hôpital sans mur », travaillant en médecine de ville. S'y ajoutaient également des contraintes : le mode de financement (prix de journée faible), et ce que l'on a appelé «l'impôt lit » (il fallait supprimer deux lits d'aigu pour créer un lit d'HAD).

La circulaire du 12 mars 1986 du Ministère de la santé élargit le champ médical de l'HAD et exige « le passage par un établissement hospitalier comme préalable à toute admission » (une consultation externe suffisait). La notion de coordination des soins apparaît ici, et il est souhaité qu'elle soit réalisée par un cadre infirmier permanent et expérimenté.
En 1990 il y a 36 services d'HAD.

La réforme hospitalière de 1991 reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation classique. L'HAD est alors intégré aux schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Le décret du 2 octobre1992 apporte deux éléments fondamentaux : la reconnaissance du médecin coordonnateur et, l'admission directe du patient, ainsi que les obligations comme la permanence des soins et des ratios du personnel.

Le 12 novembre 1992, est précisée l'activité minimale de 730 journées.

Le 19 février 1996, le financement de la sécurité sociale est décidé par l'Assemblée Nationale.

Les ordonnances du 24 avril 1996 ou « ordonnances JUPPE » introduisent plusieurs notions majeures dont celle de l'ouverture sur l'environnement avec de nouvelles possibilités de coopération privé public.

En 2000, il y a 78 services d'HAD soit 3900 places. L'HAD gagne des intérêts médical, social et économique indiscutables.

Enfin, la circulaire de mai 2000 est le texte fondamental pour l'HAD car elle reprend les propositions d'un groupe de travail qui, pendant deux ans, a établi un état des lieux et, après analyse des points forts et des points faibles, a regroupé l'ensemble des mesures possibles pour favoriser son développement.

Dans cette circulaire les points suivants sont à souligner :

- la définition de l'HAD et de son champ d'intervention,
- les types de soins et les critères d'admission,
- la coordination de soins,
- le rôle du médecin hospitalier et du médecin traitant,

- la qualité de la prise en charge qui passe par le renforcement des liens entre l'HAD, les services de soins aigus et les SSIAD,
- la systématisation du projet thérapeutique,
- les modalités d'intervention des professionnels libéraux,
- la formation des internes et les stages des élèves infirmières,
- la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs,
- la sécurité d'accès au dossier médical,
- et plusieurs mesures destinées à développer le nombre de service et des places, surtout en zone rurale.

La circulaire du 11 décembre 2000, précise les critères d'admission en HAD.

Pour mieux développer l'HAD, l'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'HAD ; les SROS intègrent dorénavant les développements d'HAD au moyen d'un volet spécifique.
En outre, l'abrogation de l'ancien article L6122-3 a permis la fin du taux de change, qui limitait particulièrement le développement des places d'HAD.... (cf « impôt lit »)

La circulaire de février 2004 a mis le point sur les services d'hospitalisation à domicile spécialisés. Elle « précise les missions et les modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en général, en périnatalité, en pédiatrie et en psychiatrie..... ».
Elle rappelle les bases d'une prise en charge en HAD : Selon l'article R 6121-4 du code de la santé publique, relatif à l'hospitalisation à domicile disposant que les « structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».

La circulaire rappelle le développement relativement faible de l'HAD et renvoie à l'ordonnance du 4 septembre 2003.
Elle remet l'accent sur les modalités de fonctionnement d'une HAD, notamment la coordination des soins, l'intervention de multiples professionnels de santé (IDE, masseur kinésithérapeute, psychologues...) et le caractère généraliste et polyvalent de la structure d'HAD.

Tous les points qui ont été mentionnés dans la circulaire font référence à la circulaire de mai 2000.

La circulaire de décembre 2006 « vise à mieux définir le rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile et sa place dans le dispositif sanitaire, notamment en comparaison des autres services de santé à domicile, à clarifier son mode d'organisation et ses missions ainsi qu'à préciser son apport en matière d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients ».
En plus des différents points qui caractérisent l'HAD et qui ont été mentionnés dans les circulaires précédentes, elle met l'accent sur le rôle du médecin traitant ainsi que les missions du médecin coordonnateur. Elle compare également l'HAD avec les autres établissements de santé ainsi que les SSIAD, et explique, en annexe, les modalités de tarification de l'HAD.

Les circulaires à venir ont pour objectifs de fixer de nouvelles orientations du champ d'action des services d'HAD et d'atteindre les 15000 places en 2010. Le nombre de place étant actuellement de 8000.

IV - PRESENTATION DU SERVICE D'HAD DE LIMOGES :

Le service d'hospitalisation à domicile du CHU de Limoges dispose en 2007 de trente places ; sur quarante places autorisées. Les soins sont dispensés à domicile par douze infirmières diplômées d'état (IDE) à temps plein, deux de ces IDE sont infirmières coordonnatrices ; elles coordonnent les soins avec des infirmières libérales. Quatre aides soignantes assurent les soins paramédicaux auprès du malade.

Le suivi médical est assuré par un interne, quatre médecins attachés et un chef de service.

Deux Kinésithérapeutes à mi-temps, réalisent des séances de kinésithérapie sur prescription médicale.

Un cadre de santé supervise l'organisation des soins.

Une assistante sociale à mi-temps intervient, en cas de besoin, sur le plan socio-économique suivant la situation du malade.

Quatre secrétaires assurent la permanence téléphonique dans la journée de neuf heures à dix sept heures sauf le week-end et tiennent à jour le codage des dossiers médicaux dans le cadre de la tarification de la T2A.

On a également la possibilité de faire appel quand cela est nécessaire à une Psychologue. L'intervention des psychologues est primordiale surtout au début de l'hospitalisation à domicile pour éviter l'épuisement des familles et la ré-hospitalisation précoce particulièrement en phase aigue de la maladie ou en fin de vie.

Les pathologies les plus rencontrées en HAD de Limoges sont la cancérologie, l'orthopédie, la gériatrie et les pathologies respiratoires.

IV - FONCTIONNEMENT DU SERVICE D'HAD DE LIMOGES :

La demande d'hospitalisation à domicile pour un malade commence par un appel téléphonique de la part d'un service appelé service prescripteur. Le service prescripteur pourrait venir du CHU ou des cliniques privées. Souvent, la demande provient de médecins libéraux (spécialistes ou généralistes).

Le médecin hospitalier a quatre rôles essentiels (circulaire décembre 2006) :

- il doit transmettre par un courrier les informations médicales concernant son patient au médecin coordonnateur de l'HAD et au médecin traitant,

- il doit définir un protocole de soins concernant son patient, ce protocole sera suivi à la lettre par les intervenants du service d'HAD,

- il doit s'engager à reprendre en hospitalisation classique le malade, si l'hospitalisation à domicile s'avère difficile à réaliser ou si l'état du malade s'aggrave, et ce dans les 48 heures après sa sortie. De ce fait, des conventions peuvent être établies entre certains services hospitaliers et le service d'HAD pour assurer le transfert de la façon la plus simple possible dans le but de préserver le confort du malade,

- il doit être disponible quand ceci est nécessaire pour donner son avis lorsque la prise en charge du malade relève d'un avis spécialisé.

En outre, le patient doit nous communiquer le nom et l'adresse de son médecin traitant qu'il soit prescripteur ou non de l'HAD. Celui-ci est choisi librement par le patient. Il doit (circulaire décembre 2006) :

- Donner son accord pour la mise en place d'une hospitalisation à domicile,

- Travailler en coordination avec le médecin coordonnateur de l'HAD,

- Evaluer régulièrement l'état de santé de son malade avec une fréquence établie au préalable en accord avec le médecin coordonnateur. Le médecin traitant a le droit de modifier, si besoin, le protocole de soin,

- Décider d'hospitaliser le malade s'il juge l'état de ce dernier critique,

- Effectuer des visites au domicile du malade non seulement à la demande du médecin coordonnateur mais aussi à la demande du patient lui-même ou de sa famille.

Un médecin de l'HAD se déplace alors pour effectuer la visite d'admission soit dans le service prescripteur, soit au domicile du malade, si la demande a été faite par un médecin de ville.

L'entretien avec le malade commence par un interrogatoire classique ou les coordonnées du malade sont notées ainsi que ses habitudes de vie (domicile partagé avec un autre membre de la famille, organisation de la vie quotidienne à savoir ménages, courses, repas, qui doivent être assurés ou non par une autre personne que le malade lui- même, nom et coordonnées du médecin traitant).

On évalue ensuite les besoins du malade en matériel médicalisé (lit médicalisé, déambulateur, chaise garde robe, adaptables...).

L'entretien se termine par un examen clinique approfondi et une évaluation des aptitudes du malade (capable de déambuler pour subvenir à ses besoins, communique facilement avec son entourage pour exprimer ses besoins....).

A noter également que pour être pris en charge en hospitalisation à domicile, le malade doit provenir d'un secteur géographique correspondant à celui du service.

En ce qui concerne l'HAD du CHU de Limoges, ce secteur correspond à la périphérie proche de Limoges ; le temps passé en déplacement ne doit pas dépasser trente minutes, en partant des locaux de l'HAD.

Mais depuis février 2006, nous travaillons avec des infirmières libérales ce qui a permis d'élargir considérablement le champ d'intervention à tout le département de la Haute Vienne, les IDE libérales étant en contact permanent avec les IDE coordonnatrices de l'HAD. Celles-ci coordonnent les soins avec les IDE libérales. Les infirmières coordonnatrices effectuent des visites à domicile, au moins deux fois par semaine et à chaque modification de prescription faite par le médecin traitant.
A l'entrée du malade, elles apportent, à son domicile le matériel de soins infirmiers ainsi que le traitement médicamenteux. Avec les IDE libérales, elles sont en contact téléphonique permanent pour la gestion des soins médicaux et para médicaux. Elles s'occupent également des démarches administratives en cas d'hospitalisation. Elles constituent le seul lien avec le patient et sa famille.

En vue de tous ces éléments et en concertation avec le Cadre de Santé Infirmier du service, le médecin de l'HAD accepte le malade et décide de la date de prise en charge.

En cas de besoin, le service d'HAD met en place du matériel médicalisé au domicile du malade pour rendre l'hospitalisation à domicile réalisable.

D'autre part, les soins à prodiguer au malade doivent être regroupés sur la journée de façon à ce que nos infirmières passent une à deux fois dans la journée. Des cas exceptionnels nous obligent à passer trois fois quotidiennement (par exemple : Diabète Insulino Dépendant avec schémas thérapeutiques de trois injections d'insuline par jour, perfusions d'antibiotiques...). En fonction donc du type de soins et de la pathologie que présente le malade, le médecin coordonnateur a la tâche de regrouper les soins, de façon à ce que les infirmières ne se déplacent que deux fois dans la journée. Ceci fait parti des multiples fonctions du médecin coordonnateur.

Une présence médicale journalière est assurée par le médecin coordonnateur. Une prise en charge par le Centre 15 est assurée le soir et les WE. Chaque malade entrant en HAD a une fiche de liaison auprès du Centre 15 résumant son état de santé

Pour être accepté en HAD, le malade doit répondre à un certain nombre de critères, correspondant à l'organisation du service. Le médecin de l'HAD étudie ces critères afin d'assurer dans de bonnes conditions le séjour du le malade.

Revenons sur certains de ces critères pour comprendre le fonctionnement du service d'HAD.

Si le patient vit seul à domicile, son état général doit lui permettre de se prendre en charge dans les actes de la vie courante en dehors des passages de nos IDE.

Lors de l'admission, le médecin évalue l'état de santé du patient et l'interroge sur son milieu de vie habituel.

A cette étape, l'avis et l'accord du médecin traitant est nécessaire ; en effet, le médecin traitant connaît le mieux l'environnement dans lequel vit le malade et pourra nous dire si la poursuite des soins à domicile sera possible ou pas.

Le médecin de l'HAD sera parfois amené à demander l'avis du médecin traitant sur d'éventuelles structures ou organisations à mettre en place pour rendre le retour à domicile réalisable.

Donc à sa sortie d'une structure hospitalière le malade vivant seul, doit être en mesure de mener une vie semblable à celle qu'il avait avant la survenue de sa pathologie. A savoir ; il doit assurer la propreté de son domicile, être capable de se déplacer seul pour se rendre aux toilettes ou faire ses courses ou se préparer à manger. S'il vit avec une tierce personne (conjoint, fratrie, cousins, enfants ...) l'état de santé de ce dernier doit lui permettre d'assurer ces tâches en cas de fragilité de l'état général du patient. Je souligne ce point important car souvent, on a été contacté pour prendre en hospitalisation des patients qui s'occupaient d'une tierce personne, la plupart du temps handicapé sur le plan moteur ou psychique (personne atteinte de la poliomyélite, des déments type Alzheimer....) et dont la dégradation de l'état de santé ne lui permettait plus de prendre en charge cette tierce personne. La présence conjointe de deux personnes, dans le même domicile, nécessitant des aides paramédicales, rend l'hospitalisation à domicile difficile voire impossible ; dans la mesure ou notre personnel soignant n'est pas présent sur place, comme à l'hôpital, pour assurer une surveillance permanente. En cas de survenu d'un événement indésirable, comme une chute, il est important que l'équipe soignante en soit informée. Parfois une troisième personne intervient dans le retour à domicile, dans le cas contraire une hospitalisation dans un moyen séjour est souhaitable.

Les difficultés que l'on rencontrent sont le plus souvent auprès de personnes âgées. Beaucoup de personnes âgées vivent seul, et la survenue d'une pathologie aigue, associée à une durée d'hospitalisation élevée, les rend dépendantes. Ceci rend le retour à domicile difficilement réalisable. Il en est de même pour les malades grabataires ou à mobilité réduite, surtout ceux vivant seuls.

On peut parler d'un autre cas de malades, comme les malades suivis pour une pathologie cancéreuse et qui présentent des métastases cérébrales ; la survenue d'une chute à domicile met en danger leur état de santé.

Au total, un patient qui vit seul à domicile doit être en mesure de prendre contact auprès de nos infirmières ou du médecin (traitant ou celui de l'HAD), pour l'informer de la survenue de tel ou tel incident (exemple : chute précédée d'un malaise, détresse respiratoire aigue.....), nécessitant l'intervention médicale, du médecin traitant ou du SAMU.

Une mise en place d'un système de garde malade la nuit peut être envisageable si la présence d'un membre de la famille est possible le jour.
On peut également avoir recours à des systèmes d'appel à distance (Présence verte).

Le médecin de l'HAD étudie l'ensemble de ces critères d'admission, en concertation avec le cadre de santé. En cas de difficulté de mise en place d'une hospitalisation à domicile, il essaye de trouver une solution, la plus adaptée selon le profil du malade. Il peut par exemple, être amené parfois à mettre en place avec l'aide de l'assistante sociale du service, un portage des repas à domicile lorsque l'état du malade lui permet un retour à domicile , lorsque lui ou son accompagnant ne sont pas en mesure de préparer à manger. On peut citer des malades sortant du service d'Orthopédie, opérés d'une fracture du col fémoral ou d'une prothèse de genou, et

dont l'accompagnant est une personne âgée valide mais, pas en état de préparer les repas.

Au cours du premier entretien, le médecin examine le malade. Suivant l'examen clinique et son état général il saura si le malade, surtout celui qui vit seul, pourra sortir en HAD en étudiant tous les critères auxquels il doit répondre.

Parfois le médecin, peut être amené à mettre en place une aide ménagère, d'une façon ponctuelle, lorsqu'il s'agit d'une pathologie aigue nécessitant un peu de convalescence.

Le médecin de l'HAD a donc un rôle important. C'est sur lui que repose la responsabilité de prendre en charge à domicile un patient, sans qu'il y ait danger de le laisser à domicile .Il interroge l'entourage pour essayer de trouver une tierce personne capable d'intervenir auprès du malade. Si cette organisation n'est pas possible, le médecin de l'HAD conseillera alors l'équipe médicale du service de faire une demande de moyen de séjour en expliquant bien la situation au service demandeur.

Une fois que le malade a été accepté, le protocole de soins établi par le médecin prescripteur est appliqué. Il peut être modifié par le médecin traitant, ou par le médecin coordonnateur, à la demande de ce dernier ou en son absence.

La durée générale d'hospitalisation à domicile est de vingt jours, elle peut être renouvelée à la demande du médecin traitant.
Dès le début de la prise en charge, le médecin coordonnateur doit discuter avec le médecin traitant des possibilités de sorties de son patient, pour anticiper leurs mises en place.

Une fois à domicile, les infirmières du service, ou libérales se déplacent pour réaliser les soins. En cas de besoin, ou même d'urgence, elles sont tenues de prévenir par téléphone le médecin coordonnateur. Celui-ci, en fonction de l'urgence, fait appel au médecin traitant.

En général, le médecin traitant passe voir le malade une fois par semaine. Il est rémunéré par le service d'HAD. Il peut s'y rendre plus à la demande du patient lui-même ou de son entourage.

Un dossier médical reste au chevet du patient, à disposition du médecin traitant et des autres intervenants (kiné, équipe de soins palliatifs, SAMU....).Le double de ce dossier est également présent dans les locaux de l'HAD. De cette manière, le médecin coordonnateur et le médecin traitant sont tenus régulièrement au courant des modifications de prescriptions faites par l'un ou par l'autre.

Le médecin coordonnateur participe quotidiennement au staff infirmier. Un staff médical a lieu tous les mardi après-midi, en présence du chef de service.
Au cours de ce staff, on reprend les courriers concernant les malades présents et on prend les nouvelles de ceux qui sont sortis. On gère les problèmes médicaux et sociaux des patients hospitalisés en HAD. Enfin on revoit les sorties de la semaine ainsi que les demandes d'hospitalisation.

Les pathologies les plus rencontrées en HAD du CHU de LIMOGES sont l'orthopédie, la cancérologie, la gériatrie et en moindre pourcentage, la cardiologie, la dermatologie et la pathologie respiratoire. Les délais de prise en charge varient entre vingt quatre et quarante huit heures. Un partenariat d'échange existe avec le service d'oncologie et le service de médecine de suite aigue.

Le service d'HAD de Limoges assure également une activité d'enregistrement de sommeil, à raison de sept enregistrements par semaine.

Les malades en provenance du service de Pathologie Respiratoire concernent surtout ceux ayant une décompensation de BPCO. Dans ce cas, le médecin prescripteur est souvent le médecin de l'HAD.

On réalise également des chimiothérapies injectables programmées avec l'aide du service prescripteur (pathologie respiratoire, oncologie.. ..)

Le médecin coordonnateur n'effectue pas de visite à domicile pendant le séjour du patient, sauf à la demande du médecin traitant ou en cas de problème majeur. Les internes de médecine générale peuvent le faire dans le cadre de leur stage après avoir obtenu l'accord du médecin traitant.

Il prend connaissance quotidiennement des observations des infirmières en plus du staff infirmier, des résultats des bilans biologiques, d'imagerie et de consultation spécialisée.
Il fait appel à l'unité mobile de soins palliatifs, aux psychologues, aux kinésithérapeutes et à l'assistante sociale si besoin. Il intervient dans la modification des prescriptions, et dans la prescription de morphiniques. Il fait les courriers médicaux (sortie,...) et enfin il effectue le codage de la T2A.

En ce qui concerne les médicaments, le service d'HAD dispose d'une pharmacie de service. Presque tous les médicaments sont délivrés par la pharmacie du CHU. Les autres sont pris en pharmacie d'officine (ordonnances des médecins traitants ou ordonnances à l'entête de l'HAD réalisées par le médecin coordonnateur en cas de nécessité), et ce pour une durée limitée à l'hospitalisation.

V - ROLE DU MEDECIN AU SEIN DE L'HAD :

►RAPPEL DE LA LOI

Selon l'article D6124-307 du code de la santé publique « ... un médecin coordonnateur organise le fonctionnement de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur. Il veille notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins... »

► L'ETUDE

a - Matériel et Méthode

Pour permettre de mieux comprendre le rôle du médecin coordonnateur ainsi que l'importance de sa présence au sein d'une structure d'hospitalisation à domicile, nous avons établi un questionnaire que nous avons envoyé à tous les établissements d'HAD de France, publics et privés (Voir annexe n°2).

Ce questionnaire permettra de faire également un état des lieux des HAD de France.
Il montre toute l'importance de la présence médicale dans une structure d'HAD qui fait de cette dernière un service médical à part entière qui le différencie des autres structures comme les SSIAD.

Pour cela, 91 questionnaires ont été adressés aux 91 HAD de France ; nous nous sommes limités aux établissements installés en métropole.

Pour connaître les coordonnés de ces HAD, nous avons eu recours au site internet de la FNEHAD.

Ont été exclus de l'étude les HAD spécialisés, comme ceux spécialisés dans l'obstétrique.

Une autre HAD a été exclue également, pour le simple fait que nous avons été informé par le cadre de santé de l'absence d'un médecin coordonnateur au sein de leur structure.

Pour essayer d'obtenir un taux de réponse élevé, chaque médecin coordonnateur a été prévenu à l'avance par téléphone, de l'envoi du questionnaire. Le questionnaire a été envoyé par la poste avec une enveloppe pré timbrée pour la réponse.

Les appels téléphoniques ont été effectués sur deux jours entiers. La plupart du temps et suite à des difficultés à joindre le médecin coordonnateur, celui-ci était prévenu de l'envoi du questionnaire par l'intermédiaire de sa secrétaire. Nous avons rencontrés beaucoup de difficultés à joindre les médecins coordonnateurs, étant donné que la plupart sont médecins coordonnateurs à temps partiel et passent donc la plus grande partie de leur temps à exercer leur métier dans le cadre de leurs spécialités.

Les premières réponses nous ont été envoyées un mois après la date d'envoi du questionnaire. Nous avons reçu dans un premier temps 41 réponses étalées sur 3 mois, ce qui représente un taux initial de réponse de 45%.

Le fait de faire passer le message par l'intermédiaire de la secrétaire n'a pas influencé le taux de réponse. Dans un premier temps, nous avons reçu 18 questionnaires de la part de médecins coordonnateurs prévenus personnellement de l'envoi du questionnaire, et 23 questionnaires de la part de médecins coordonnateurs prévenus par leur secrétaire.

Dans un second temps, nous avons procédé à une relance téléphonique. Nous avons ainsi reçu 10 réponses supplémentaires. Deux réponses nous ont été faxées le jour même et huit autres réponses nous ont été envoyées par la poste.

Au total nous avons reçu 51 réponses sur 91 soit un taux de réponse de **56,04%.**

Les données ont été exploitées grâce à un logiciel de statistique spécifique.

La première partie du questionnaire nous donne des renseignements sur la date d'ouverture de la structure d'HAD, son statut, ainsi que le nombre de places autorisées et ouvertes, la présence ou non d'un médecin coordonnateur, sa spécialité, ainsi que le nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein et son statut.
Les données qui ont été exploitées dans cette première partie du questionnaire, sont le statut de l'HAD, le nombre de places autorisées, ainsi que le nombre de médecins coordonnateurs en équivalent temps plein. Le reste n'a pas été exploité à cause d'un nombre de réponses trop faible.

Dans la deuxième partie du questionnaire, nous nous sommes renseignés sur le nombre de personnel salarié de l'HAD en équivalent temps plein (etp), cadre de santé, IDE, aides soignantes, kinésithérapeutes, secrétaires, personnel administratif ... ; ainsi que sur le recours de la structure d'HAD ou non aux professionnels libéraux. Nous verrons dans les courbes et tableaux qui suivront que le pourcentage de soins effectués par les professionnels libéraux regroupe l'ensemble des soins, c'est-à-dire infirmiers, aides soignantes, kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales... Nous ne connaissons pas le pourcentage de soins pour chacune des disciplines.
Certaines données n'ont pas été exploitées (etp du cadre de santé, des secrétaires...) en raison d'un taux de réponses très faible.

La troisième partie du questionnaire dresse le profil des malades pris en charge ainsi que la charge de travail du service d'HAD. Nous saurons la provenance des malades, les pathologies prises en charge, l'âge des malades ainsi que leur devenir. Concernant la charge de travail du service d'HAD, nous connaîtrons le nombre de malades pris en charge en moyenne par jour, le nombre d'entrées faites par an, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation et le nombre d'entrées en moyenne par semaine. Ces chiffres se rapportent à l'activité de chaque service pour les années 2004 et 2005. Ce questionnaire nous renseigne également sur le délai d'attente pour la prise en charge en HAD.

Enfin la dernière partie du questionnaire a été adressée particulièrement aux médecins coordonnateurs. Elle nous donne des informations sur les différentes tâches réalisées par le médecin. Une HAD nous a indiqué qu'elle n'a pas de médecin coordonnateur mais un médecin dit médecin responsable, le questionnaire étant rempli par le cadre de santé, la partie réservée aux tâches réalisées par le médecin coordonnateur n'a pas été remplie.

Nous verrons par la suite que certaines de ces données n'ont pas été exploitées et ceci en raison d'un taux de réponse faible.

b- Résultats de l'étude

A- DESCRIPTION DU PROFIL DES DIFFERENTS HAD ET DES MEDECINS COORDONNATEURS

TABLEAU NUMERO UN : STATUT DES HAD

	NOMBRE	POURCENTAGE
ASSOCIATIVE ET PSPH	1	1,961
ASSOCIATIVE	14	27,451
PRIVE	4	7,843
PRIVE LUCRATIF	1	1,961
PRIVE MUTUALISTE	1	1 ,961
PRIVE ASSOCIATIVE	2	3,922
PSPH	6	11,765
PUBLIC	21	41,176
AUTRES	1	1,961
TOTAL	51	100

Pour un taux de réponse à 100%, nous avons reçu plus de questionnaires de la part d'HAD publics et associatives que d'HAD privées ou PSPH.

TABLEAU NUMERO DEUX : DISTRIBUTION EN FREQUENCE POUR NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	1	1,961
OUI	50	99 ,039
TOTAL	51	100

Pour des taux de réponse à 100%, 99% des HAD ont un médecin coordonnateur. Bien qu'une HAD ait été exclue de l'étude en raison de l'absence d'un médecin coordonnateur, une seule HAD nous a indiqué la présence d'un médecin dit médecin responsable et non médecin coordonnateur ; le questionnaire a été rempli pour cette HAD par le cadre de santé. Il s'agit d'une HAD public avec 12 places ouvertes.

TABLEAU NUMERO TROIS : DISTRIBUTION EN FREQUENCE POUR NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
N médecin coordonnateur en ETP	**0,694**	0,622	50	0,1	2,5	1	0,5

En moyenne, pour un taux de réponse à 100%, le nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein est de 0,694±0,622. Le minimum étant de 0,1 et le maximum étant de 2,5. Deux HAD publics de 25 places ouvertes pour l'une et 6 places ouvertes pour l'autre ont un ETP en médecin coordonnateur de 0,1. Une autre HAD de 11places a également un ETP de médecin coordonnateur de 0,1, il s'agit d'une HAD privé mutualiste.
D'autres part, une HAD ayant un statut « autres », de 20 places a un ETP en médecin coordonnateur de 2,5. Et une autre HAD PSPH de 230 places a un ETP en médecin coordonnateur de 2,5.

TABLEAU NUMERO QUATRE : DISTRIBUTION EN FREQUENCE POUR LE NOMBRE DE PLACES OUVERTES.

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
N places ouvertes	37,078	45,233	51	5	230	0	20

En moyenne, et pour un taux de réponse à 100%, il existe 37,078 places ouvertes ±45,233.
Le minimum étant de 5 places et le maximum étant de 230.

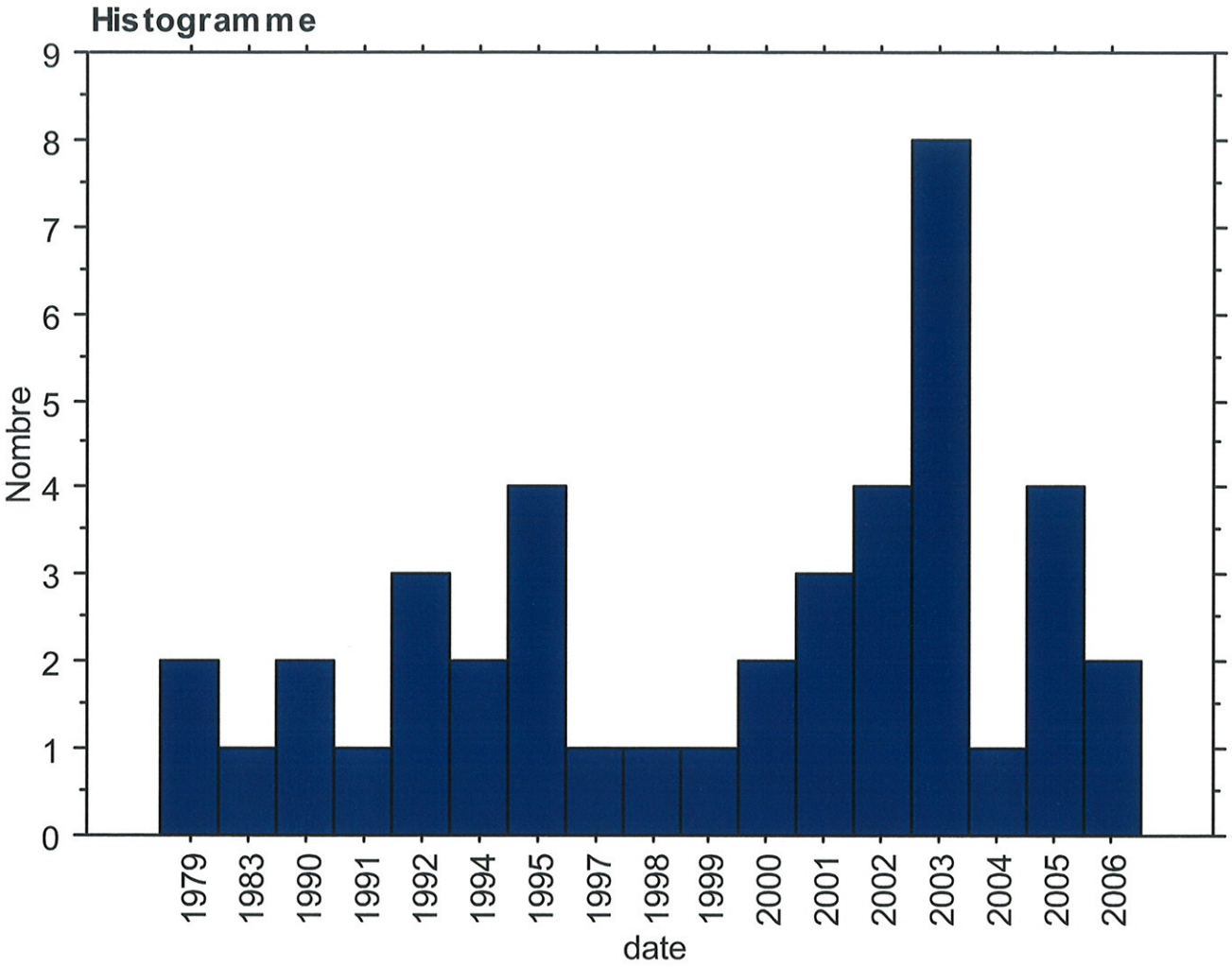
TABLEAU NUMERO CINQ : COMPARAISON DU NOMBRE DE PLACES AUTORISEES AUX NOMBRES DE PLACES OUVERTES.

STATUT	NOMBRE DE PLACES AUTORISEES	NOMBRE DE PLACES OUVERTES
ASSOCIATIVE	30	35
ASSOCIATIVE	60	40
ASOCIATIVE	50	18
ASSOCIATIVE	31	35
PUBLIC	20	12
PUBLIC	30	60
PUBLIC	25	20
PUBLIC	30	15
PUBLIC	10	5
PUBLIC	12	14
PSPH	45	30
PSPH	200	125
PRIVE LUCRATIF	55	45
PRIVE ASSOCIATIF	25	35

Ce tableau compare uniquement les établissements ayant un nombre de places ouvertes différent du nombre de places autorisées. Les autres établissements ont un nombre de places ouvertes égales aux nombres de places autorisées. Deux structures ont omis de mentionner le nombre de places autorisées.
Au total 9 HAD sur 14, ont un nombre de places ouvertes inférieur aux nombres de places autorisées, et parfois de moitié.

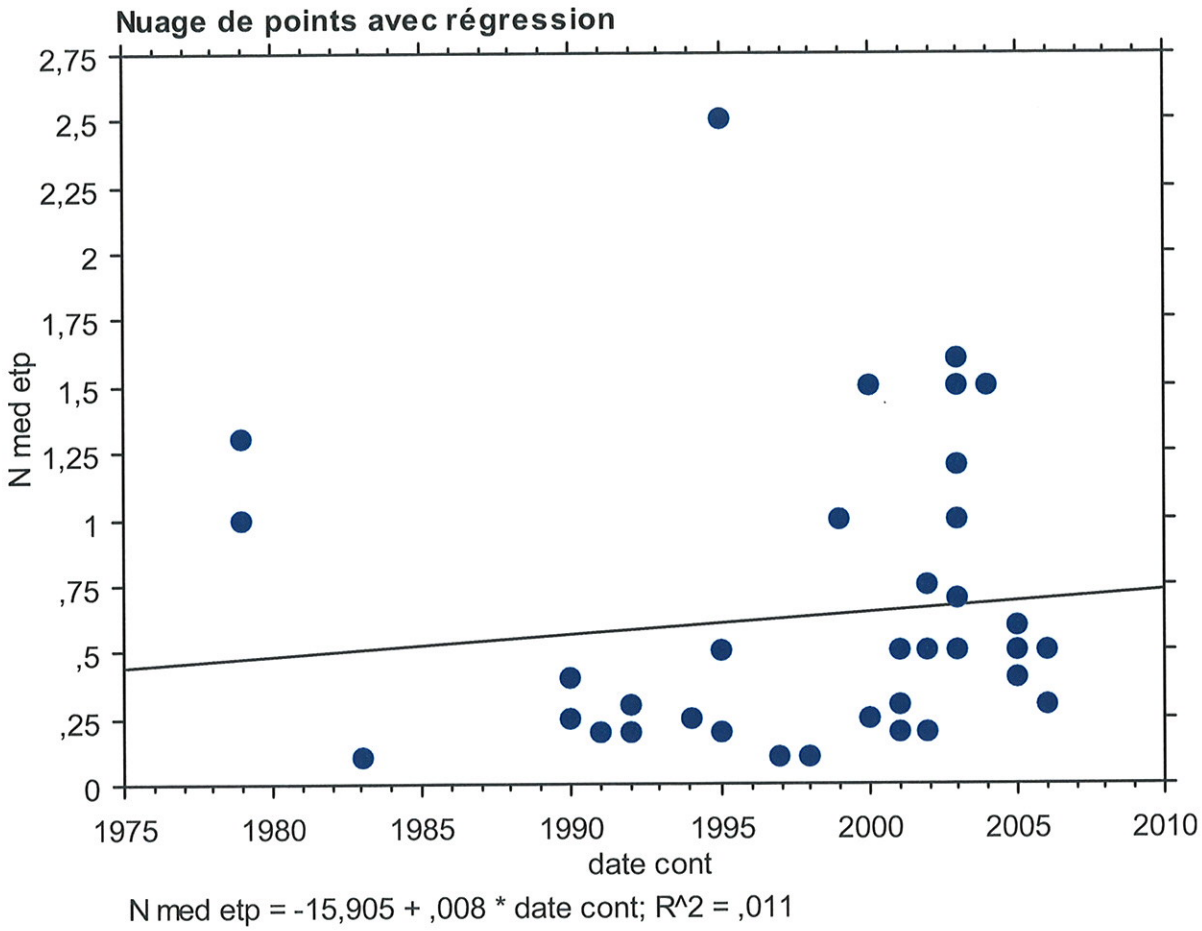
Une HAD public a 30 places ouvertes de plus que le nombre de places autorisées, cette HAD s'occupe essentiellement de chimiothérapie et de cancérologie.

HISTOGRAMME NUMERO UN : DISTRIBUTION EN FREQUENCE POUR DATE D'OUVERTURE



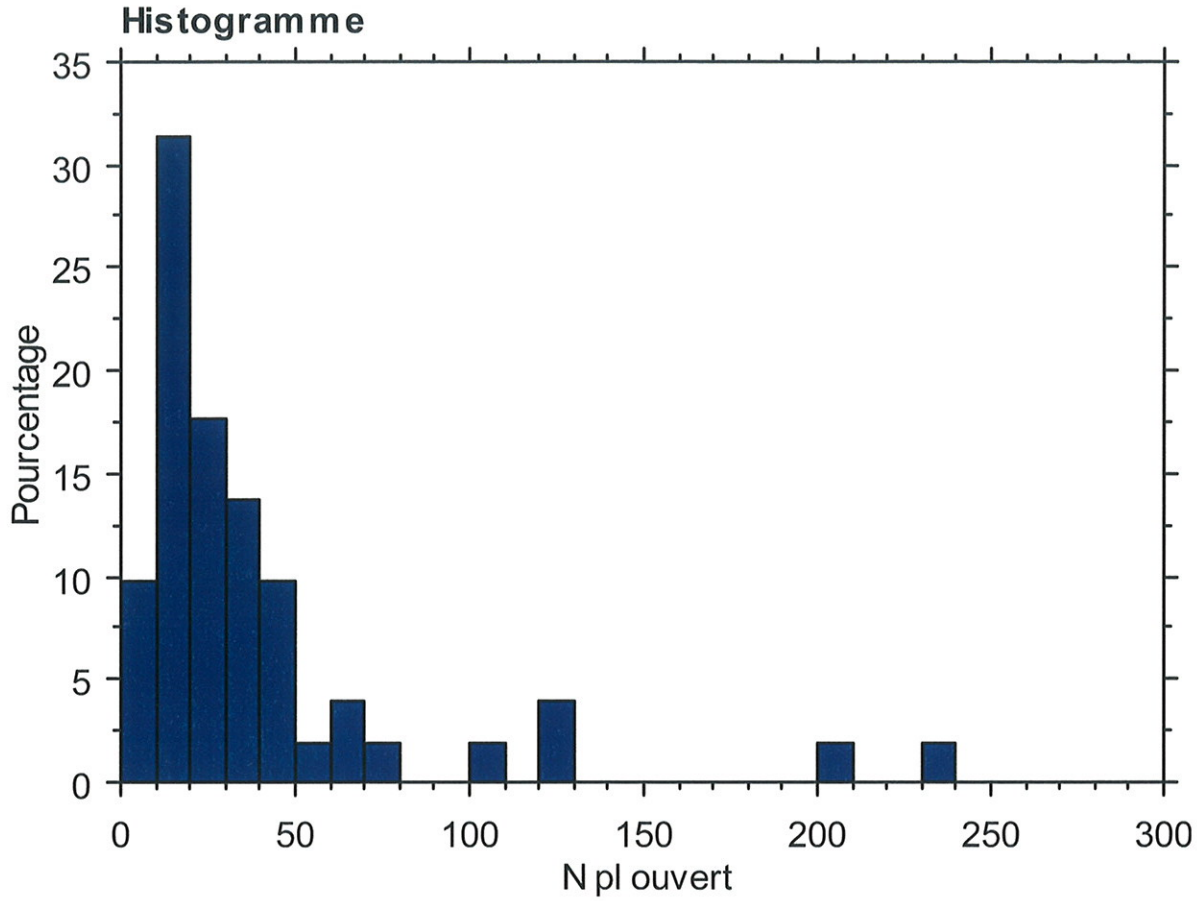
Ce tableau montre l'ancienneté des différentes structures d'HAD.

COURBE NUMERO UN : DISTRIBUTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN ETP EN FONCTION DE LA DATE D'OUVERTURE.



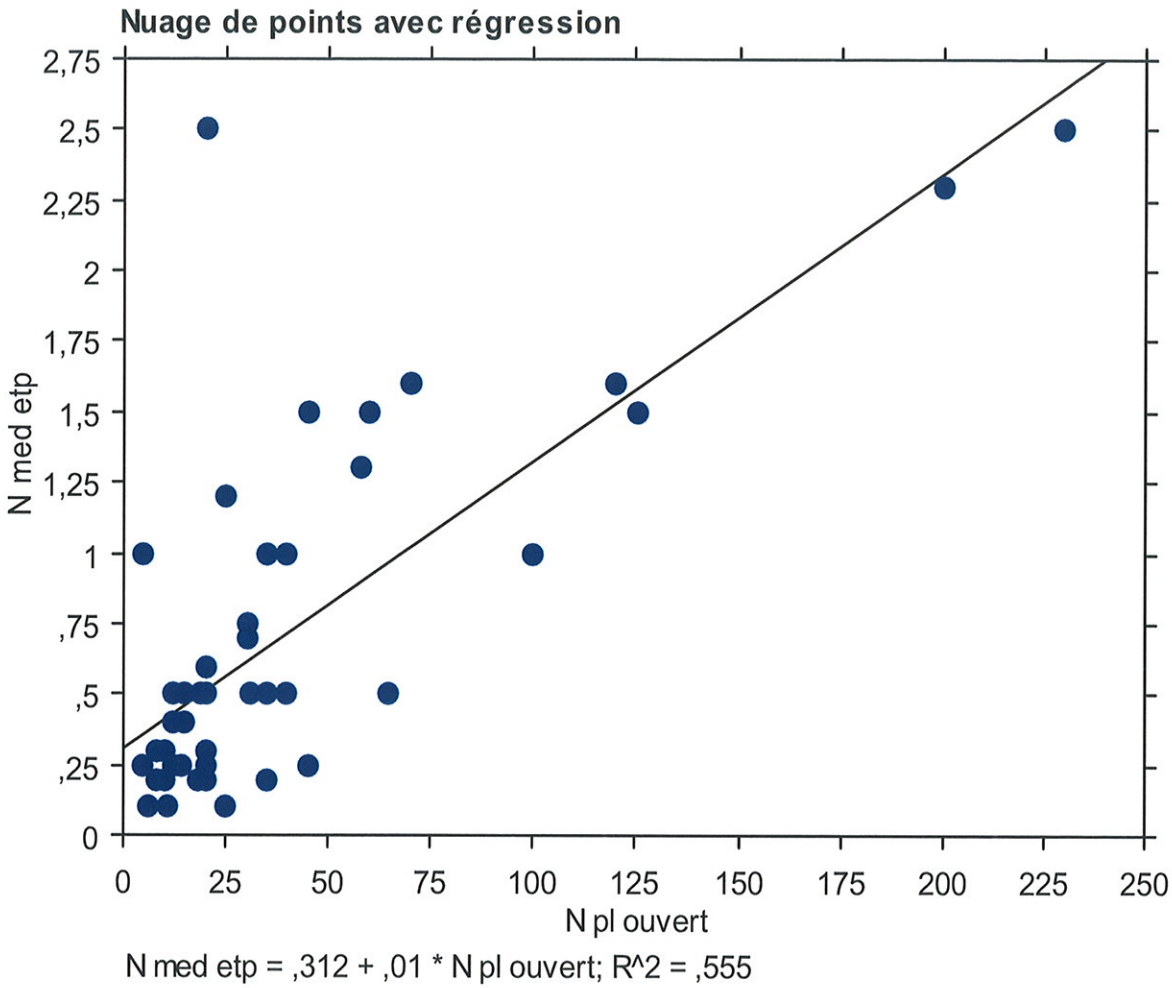
Il n'existe pas de corrélation entre le nombre de médecin coordonnateur en ETP et l'ancienneté d'une structure (p=0,5099). Certaines HAD crées récemment ont un nombre faible de médecins coordonnateurs en ETP.

HISTOGRAMME NUMERO DEUX : NOMBRE DE PLACES OUVERTES EN POURCENTAGE



Globalement, l'étude a porté sur des HAD dont le nombre de places ouvertes a varié entre 20 et 50 places.

COURBE NUMERO DEUX : REPARTITION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN EN FONCTION DU NOMBRE DE PLACES OUVERTES.



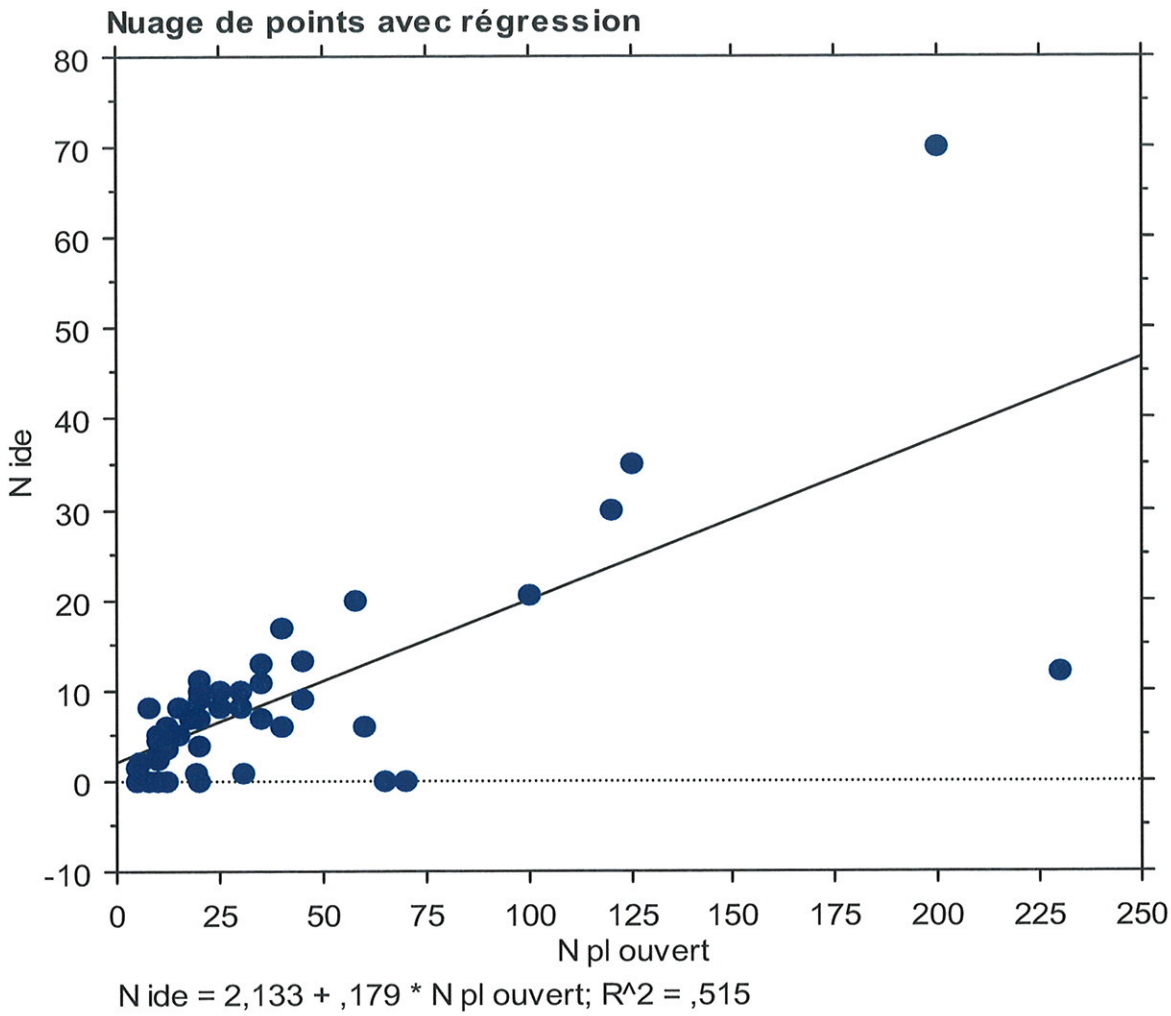
Pour la question « votre HAD a-t-elle un médecin coordonnateur ? », le taux de réponses était de 100%. Globalement la répartition des médecins coordonnateurs en équivalent temps plein en fonction de nombre de places ouvertes est homogène. ($p<0,0001$). Une seule HAD possède pour une vingtaine de place, un équivalent temps plein de 2,5. (Il s'agit d'une HAD spécialisée en oncologie). Une seule HAD n'a pas de médecin coordonnateur mais un médecin dit médecin responsable (questionnaire rempli par le cadre de santé)

Au total, la moyenne du nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein est de 0,694±0,622, pour une moyenne de nombre de places ouvertes de 37,078±45,233.

En ce qui concerne l'HAD de limoges, en 2004 et 2005, nous avions 1,3 médecins coordonnateurs en ETP pour 20 places ouvertes

B- DESCRIPTION DU PROFILS DU PERSONNEL PARA-MEDICAL

COURBE NUMERO UN : REPARTITION DU NOMBRE D'IDE EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN EN FONCTION DU NOMBRE DE PLACES OUVERTES

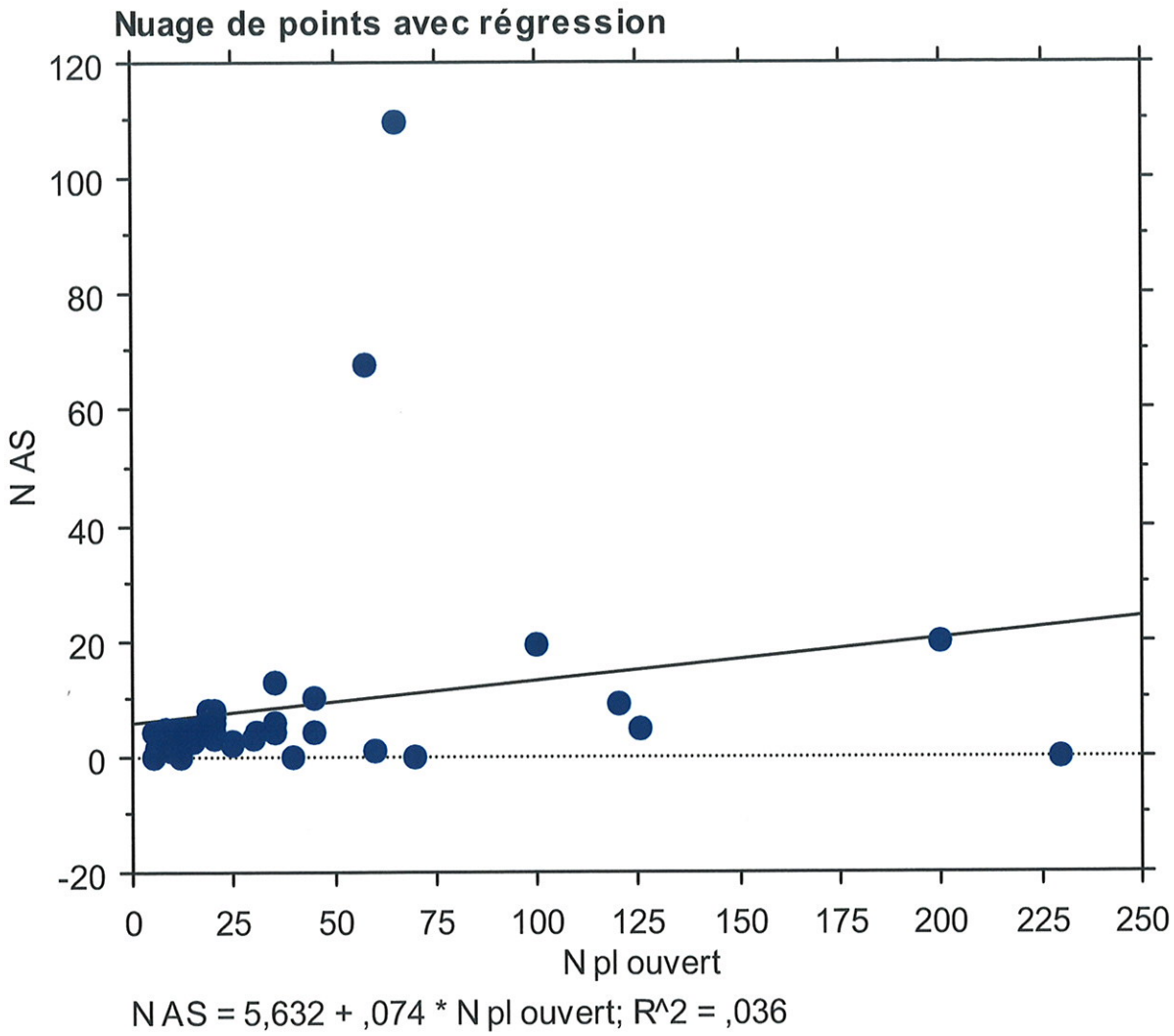


Pour la question « nombre d'IDE en équivalent temps plein », le taux de réponses était de 96,07%. Ici également, la répartition des IDE en équivalent temps plein en fonction de nombre de places ouvertes est homogène (p<0,0001). Nous allons voir par la suite que certains HAD ont recours aux IDE libérales. Une seule HAD a un nombre d'IDE en équivalent temps plein faible par rapport au nombre de places qu'elle possède ; il s'agit d'une HAD PSPH qui travaille avec des IDE libérales.

Au total, la moyenne du nombre d'IDE en équivalent temps plein est de 8,761±11,509, pour une moyenne de nombre de places ouvertes de 37,078±45,233.

En ce qui concerne l'HAD de limoges, en 2004 et 2005, nous avions 8 IDE en ETP pour 20 places ouvertes.

COURBE NUMERO DEUX : REPARTITION DES AIDES SOIGNANTES EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN EN FONCTION DE NOMBRES DE PLACES OUVERTES.



Pour la question « nombre d'aides soignantes en équivalent temps plein » le taux de réponses était de 90,19%. La répartition des aides soignantes en équivalent temps plein n'est pas corrélée aux nombres de places ouvertes (p=0,2058).

Au total, la moyenne du nombre d'aides soignantes en équivalent temps plein est de 8,446±18,418, pour une moyenne de nombre de places ouvertes de 37,078±45,233.

En ce qui concerne l'HAD de limoges, en 2004 et 2005, nous n'avions pas d'aides soignantes.

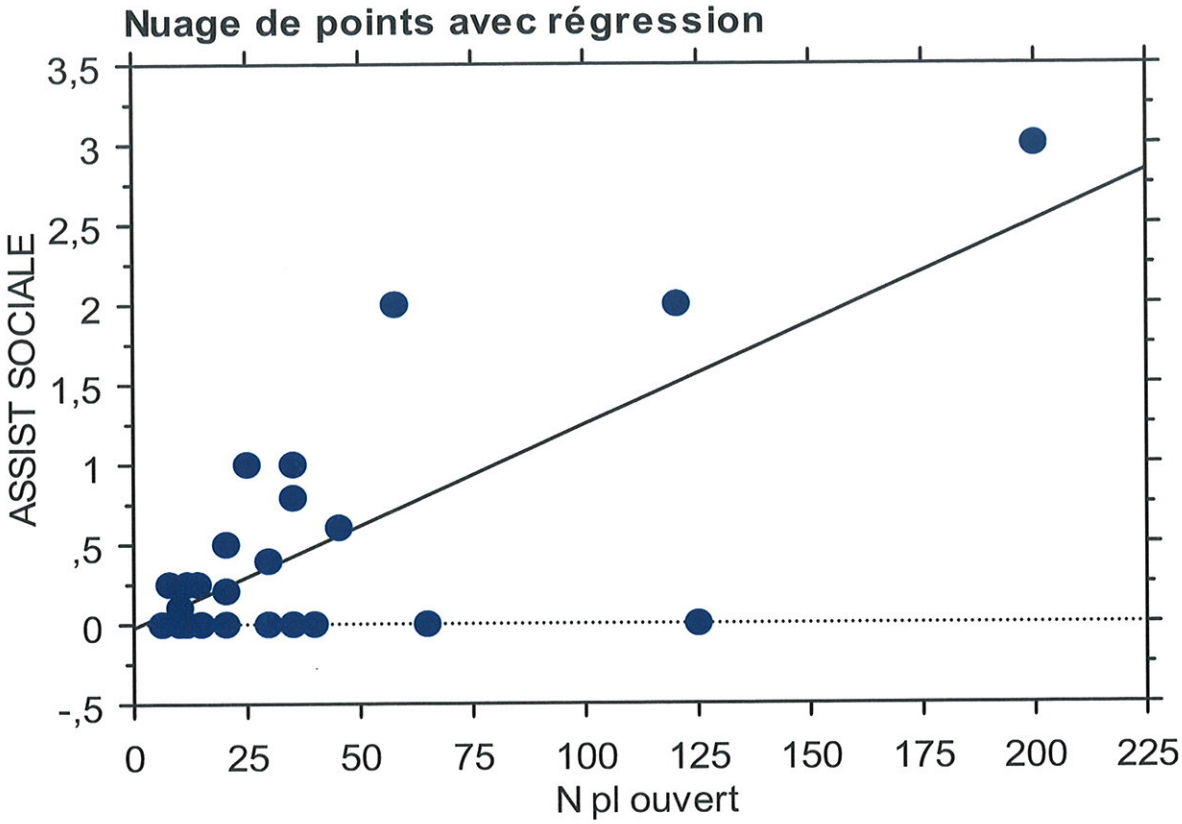
TABLEAU NUMERO UN : DESCRIPTION DE REPARTITION DES KINESITHERAPEUTES

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
Nombre de kinésithérapeutes	**0,115**	**0,497**	**33**	**0**	**2,8**	**18**	**0**

Pour la question « nombre de kinésithérapeutes en équivalent temps plein » les réponses étaient inexploitables. 18 réponses manquaient. 12 ont recours à des kinésithérapeutes libéraux dont on ignore l'équivalent temps plein.
Pour un taux de réponse de 41,1%, le nombre de kinésithérapeute en équivalent temps plein est de 0,115±0,497.

En ce qui concerne l'HAD de limoges, en 2004 et 2005, nous avions deux kinésithérapeutes libéraux à mi-temps chacun, pour 20 places ouvertes.

COURBE NUMERO TROIS : REPARTITION DES ASSISTANTES SOCIALES EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN EN FONCTION DU NOMBRE DE PLACES OUVERTES.

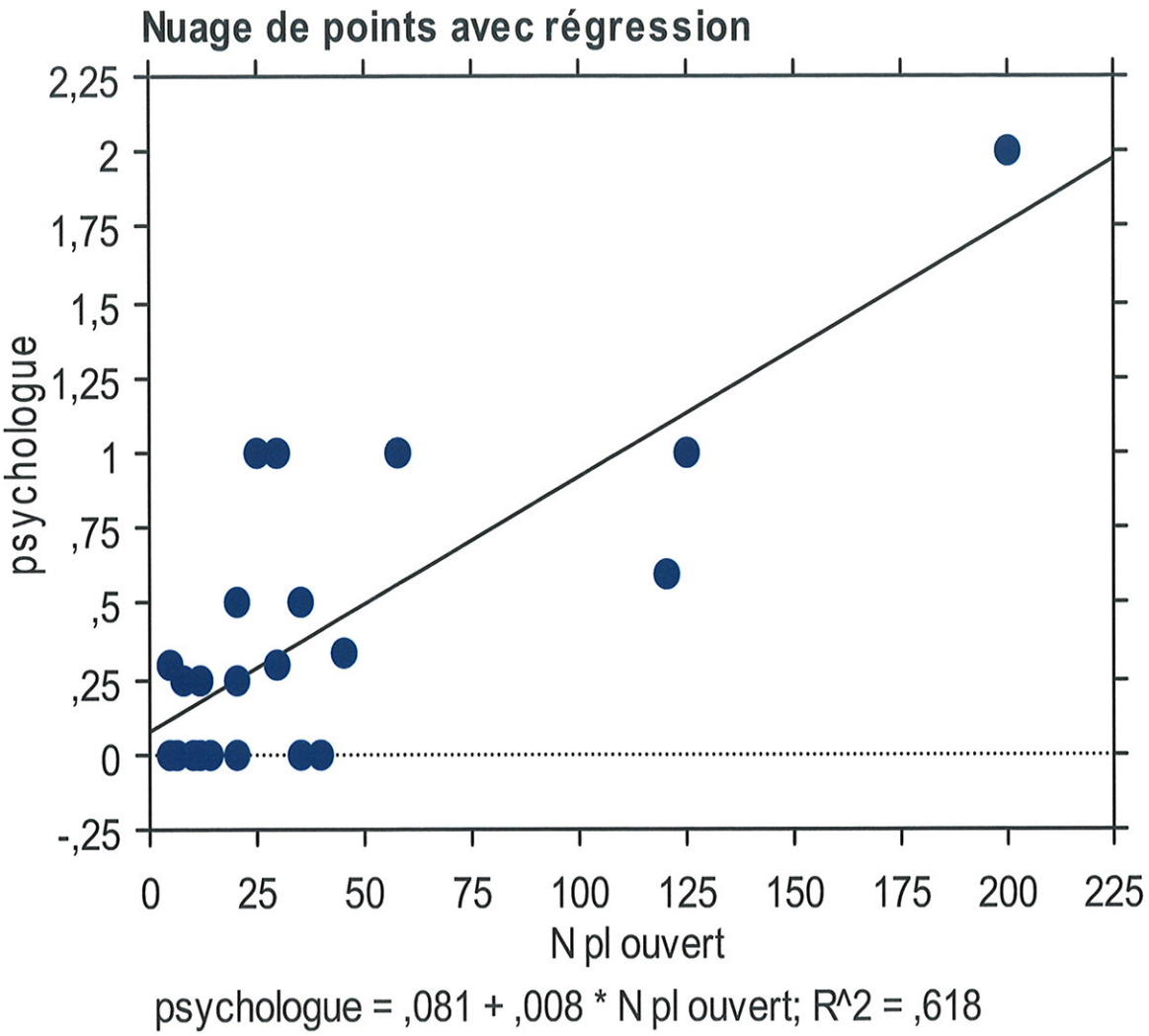


Dans la rubrique « le personnel », pour la question « autres en équivalent temps plein » nous avons obtenu le nombre d'équivalent temps plein pour les assistantes sociales. Le taux de réponses était de 60,78%. La répartition des assistantes sociales en équivalent temps plein en fonction du nombre de places ouvertes est homogène. ($p<0,0001$)

Au total, la moyenne des assistantes sociales en équivalent temps plein est de 0,431±0,728, pour une moyenne de nombre de places ouvertes de 37,078±45,233.

En ce qui concerne l'HAD de limoges, en 2004 et 2005, nous avions 1 assistante sociale à 1/10 ETP pour 20 places ouvertes.

COURBE NUMERO QUATRE : REPARTITION DES PSYCHOLOGUES EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN EN FONCTION DES PLACES OUVERTES



Dans la rubrique « le personnel », pour la question « autres en équivalent temps plein » nous avons obtenu également le nombre d'équivalent temps plein pour les psychologues. Le taux de réponses était de 52,94%. La répartition des psychologues en équivalent temps plein en fonction du nombre de places ouvertes est homogène. ($p<0,0001$).

Au total, la moyenne des psychologues en équivalent temps plein est de 0,381±0,477, pour une moyenne de nombre de places ouvertes de 37,078±45,233.

En ce qui concerne l'HAD de Limoges, nous n'avons pas de psychologue, mais nous pouvons avoir recours à la psychologue de l'unité mobile de soins palliatifs.

TABLEAU NUMERO DEUX : DISTRIBUTION EN FREQUENCE POUR « RECOURS AUX PROFESSIONNELS LIBERAUX »

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	5	9,804
OUI	46	90,196
TOTAL	51	100

Ce tableau montre que plus de 90% des services d'HAD ont recours aux professionnels libéraux. Ceci est surtout les cas des HAD qui ont un nombre de places ouvertes élevées ; en plus de leurs salariés, ils font appel à de multiples professionnels libéraux, IDE, aides soignantes et kinésithérapeutes.
Le recours à des professionnels libéraux permet d'élargir le champ d'intervention du service d'HAD et, notamment la prise en charge médicale de patients résidents en zone rurale.
En ce qui concerne l'HAD de Limoges, en 2004 et 2005, nous n'avions pas recours aux IDE libérales.

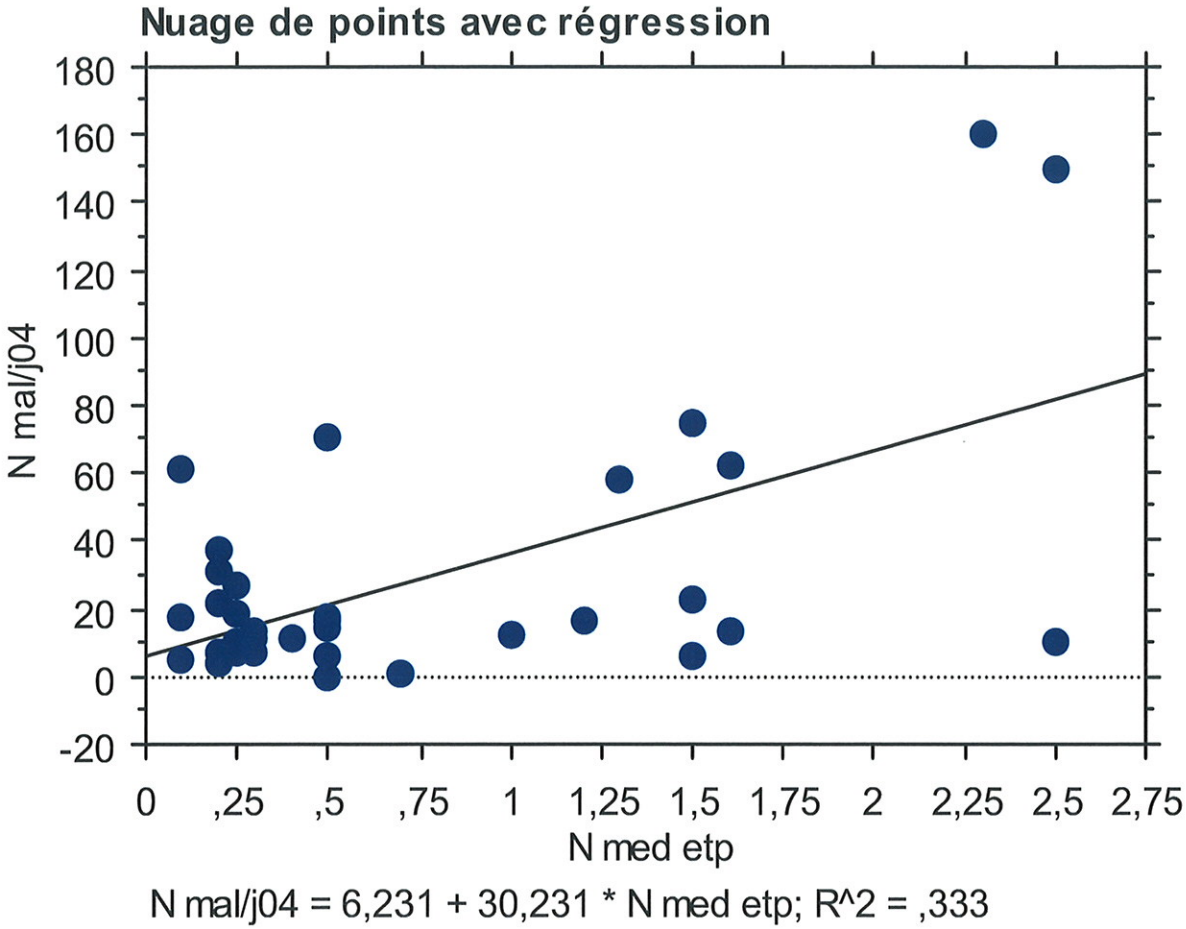
TABLEAU NUMERO TROIS : RECOURS AUX PROFESSIONNELS LIBERAUX, POURCENTAGE DE SOINS.

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
POURCENTAGE DE SOINS	**2,822**	**11,781**	**49**	**0**	**75**	**2**	**0,5**

En moyenne, le pourcentage de soins effectués par les professionnels libéraux est de 2,82%±11,78.

C- DESCRIPTION DE LA CHARGE DE TRAVAVAIL DES HAD

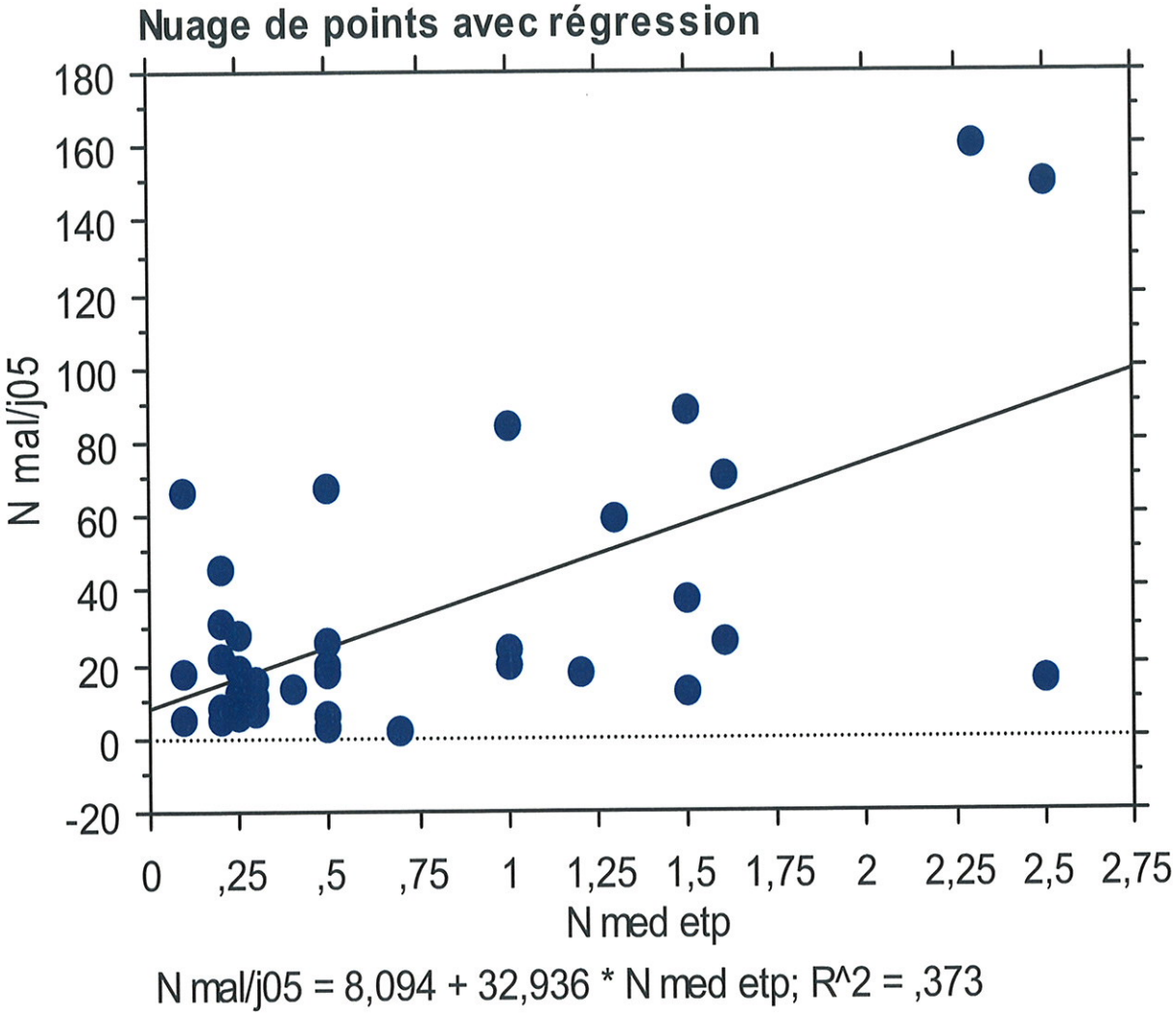
COURBE NUMERO UN : REPARTITION DU NOMBRE DE MALADE PRIS EN CHARGE PAR JOUR EN 2004 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



Pour la question « nombre de malades pris en charge par jour en 2004 » le taux de réponse était de 68,62%. Cette courbe reflète indirectement la charge de travail dans chaque HAD. Elle montre aussi, que plus le nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein est élevé, plus le nombre de patient pris en charge par jour l'est aussi. La répartition n'est pas vraiment homogène le p est de 0,0002. Une HAD a un nombre de malade pris en charge par jour faible par rapport au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein, il s'agit en réalité du même établissement qui a un nombre de place ouverte faible par rapport au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein. Cette HAD est classée dans le statut « autres » et est spécialisée dans l'oncologie.

Au total la moyenne du nombre de malade pris en charge par jour en 2004 est de 28,197±37,095 pour un nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein de 0,693±0,622.

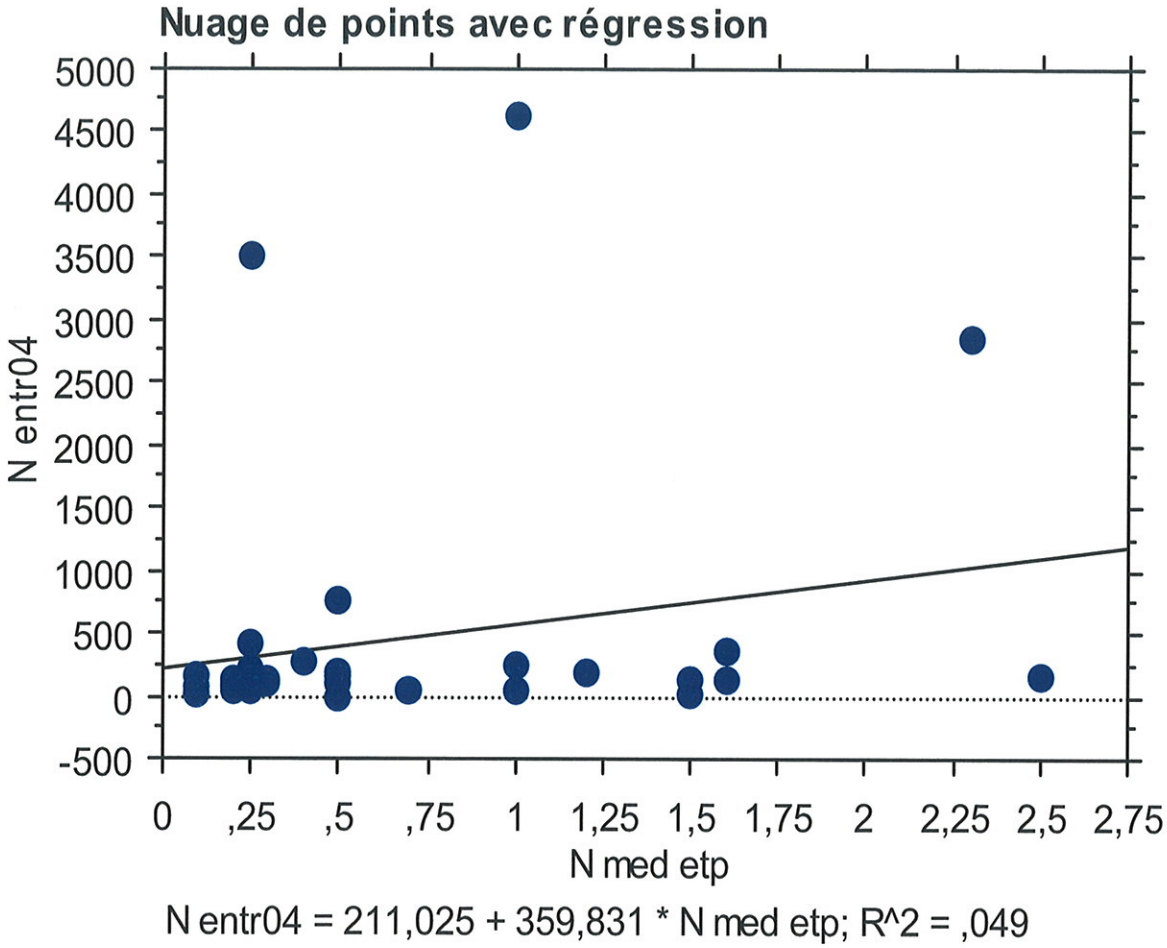
COURBE NUMERO DEUX : REPARTITION DU NOMBRE DE MALADE PRIS EN CHARGE PAR JOUR EN 2005 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



Pour la question «nombre de malade pris en charge par jour en 2005 » le taux de réponse était de 72,54%. Pour l'année 2005 la répartition est homogène ($p<0,0001$). Il est évident de retrouver toujours sur les courbes cette même structure d'HAD qui a un nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein élevé par rapport au nombre de places ouvertes.

Au total la moyenne du nombre de malade pris en charge par jour en 2005 est de 32,439±37,321 pour un nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein de 0,693±0,622.

COURBE NUMERO TROIS : REPARTITION DU NOMBRE D'ENTREE PAR AN EN 2004 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



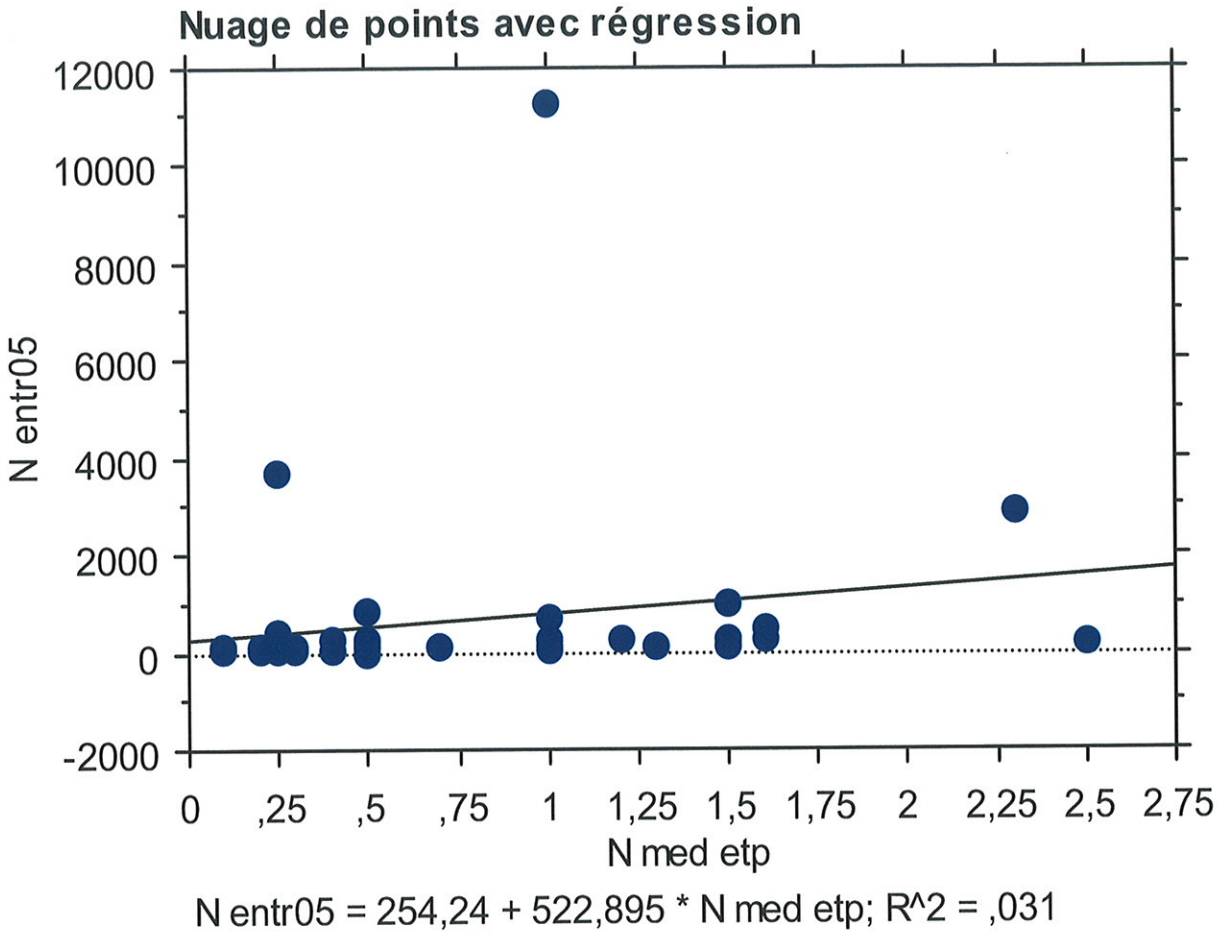
Pour la question « nombre d'entrée par an en 2004 » le taux de réponse est de 70,58%. La répartition du nombre d'entrée par an pour l'année 2004 en fonction du nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein n'est pas homogène (p=1,1941).

Toutes ces courbes montrent une inégalité dans la répartition des médecins coordonnateurs.

Au total, la moyenne du nombre d'entrée par an pour l'année 2004 est de 432,514± 1002,550, pour un nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein de 0,693±0,622.

En ce qui concerne le service d'HAD du CHU de Limoges, nous avons effectué 360 entrées en 2004 pour un ETP de médecin coordonnateur de 1,3.

COURBE NUMERO QUATRE : REPARTITION DU NOMBRE D'ENTREE PAR AN EN 2005 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



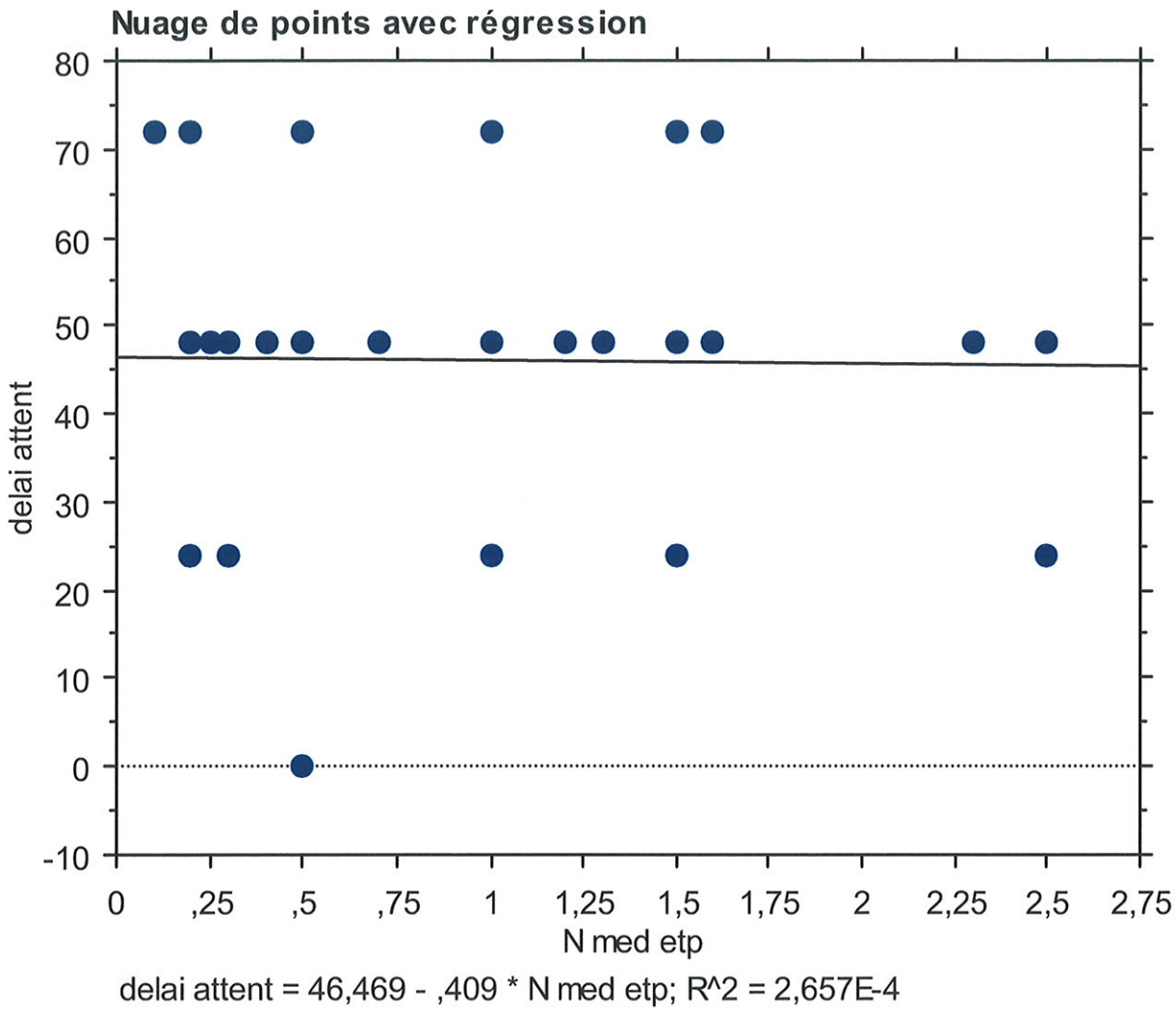
Pour la question « nombre d'entrée par an en 2005 » le taux de réponse était de 82,35%. Ici également la répartition n'est pas homogène, p=0,2679.

Au total, la moyenne du nombre d'entrée par an pour l'année 2005 est de 598,512± 1798,631, pour un nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein de 0,693±0,622.

On remarquera que le nombre d'entrée par an était plus élevé en 2005 qu'en 2004.

En ce qui concerne le service d'HAD du CHU de Limoges, nous avons effectué 442 entrées en 2005 pour un ETP de médecin coordonnateur de 1,3.

COURBE NUMERO CINQ : REPARTITION DU DELAI D'ATTENTE EN HEURE POUR UNE PRISE EN CHARGE EN HAD EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



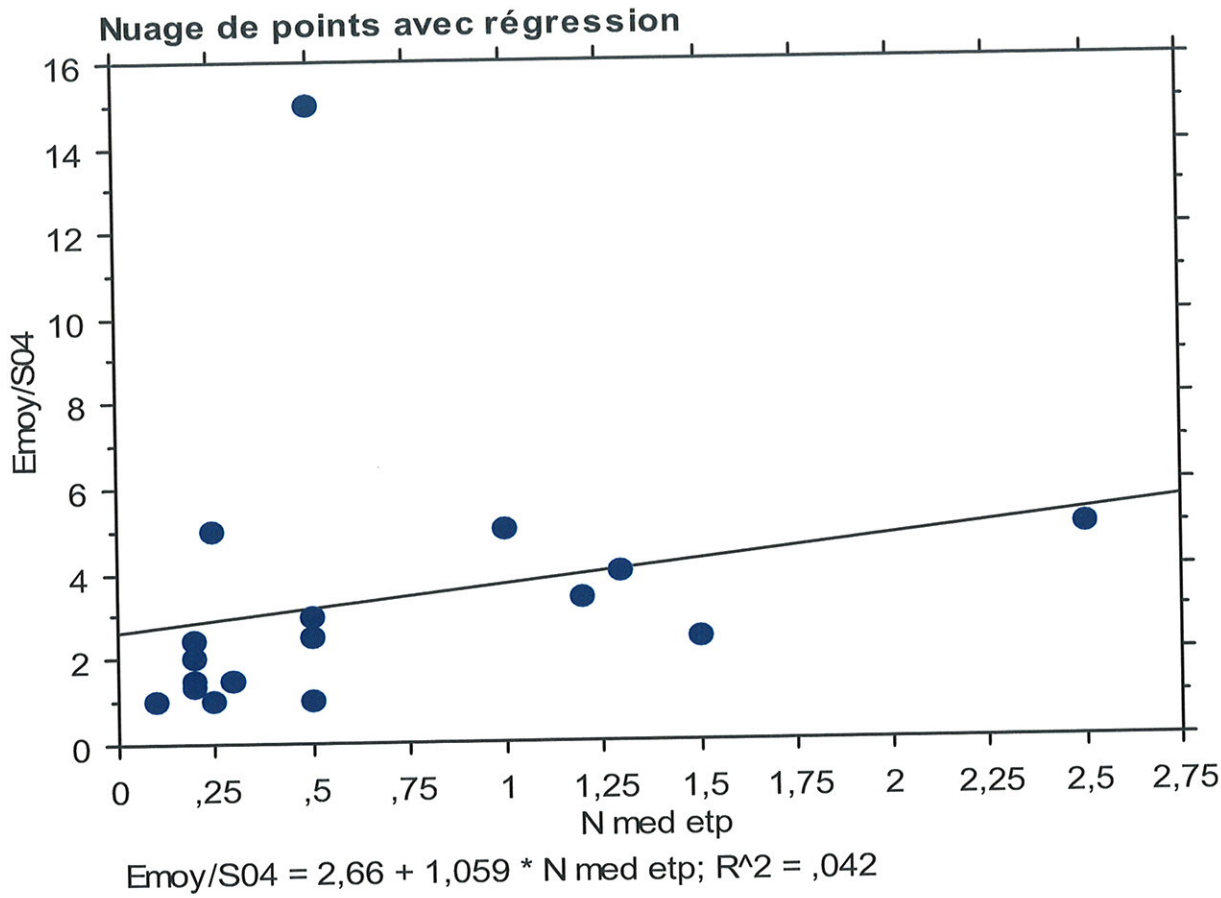
Le délai d'attente en heure n'est pas proportionnel au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein (p=0,9221). Certains établissements ayant un équivalent temps plein de médecin coordonnateur élevé ont un délai d'attente de prise en charge en hospitalisation à domicile semblable à ceux ayant un équivalent temps plein faible.

TABLEAU NUMERO UN : DELAI D'ATTENTE POUR UNE PRISE EN CHARGE EN HAD

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
DELAI D'ATTENTE POUR PRISE EN CHARGE EN HAD	46,2	16,652	40	0	72	11	48

Pour un taux de réponse de 78,43%, le délai d'attente pour une prise en charge en hospitalisation à domicile est en moyenne de 46,2heures±16,652. Le minimum étant une prise en charge immédiate et le maximum de délai d'attente étant de 72 heures. Parmi les réponses manquantes, certains établissements ont omis de mettre une réponse, d'autres ont indiqué « variable » comme délai d'attente.
Le délai d'attente pour une prise en charge en hospitalisation à domicile au CHU de Limoges est le plus souvent de 48h.

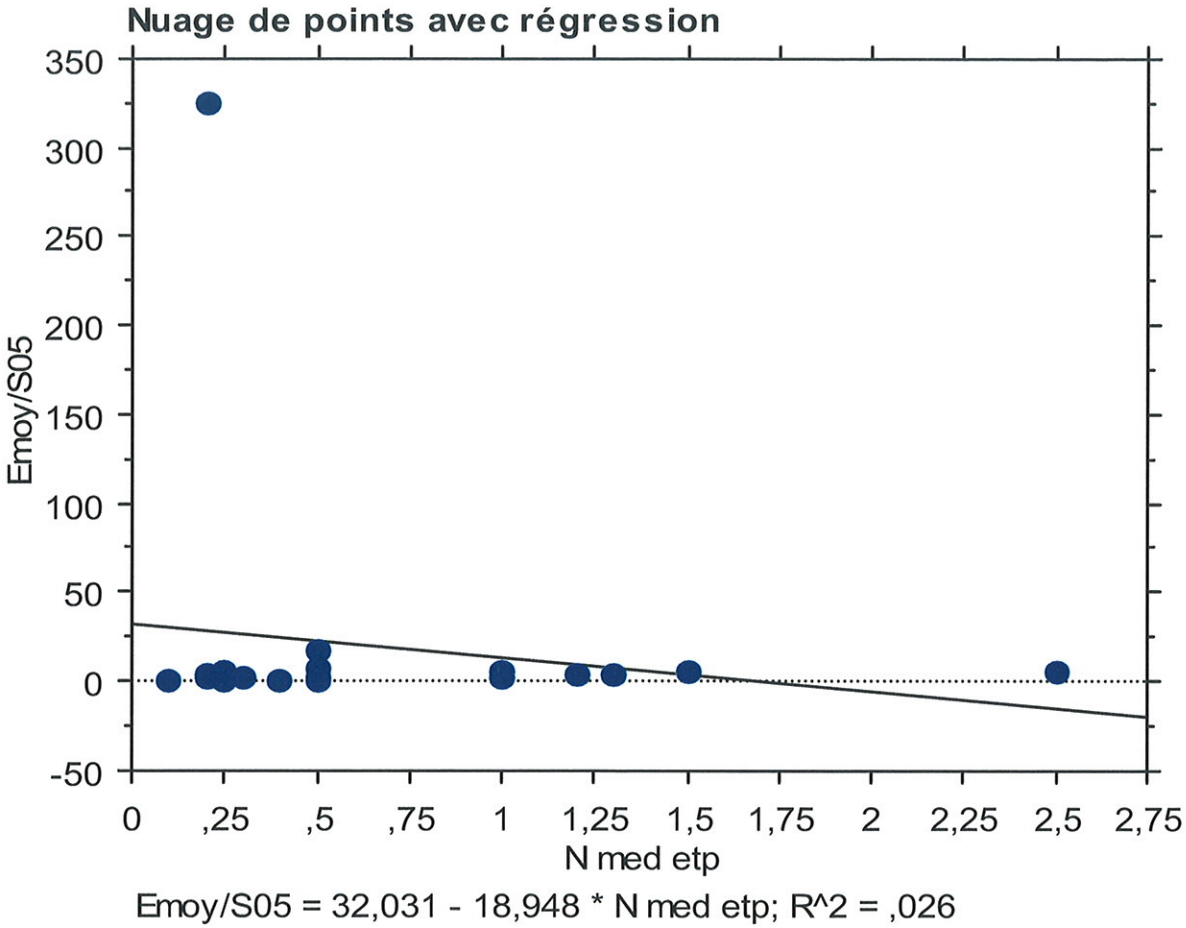
COURBE NUMERO SIX : REPARTITION DU NOMBRE D'ENTREE EN MOYENNE PAR SEMAINE EN 2004 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



Le nombre d'entrée par semaine en 2004 n'est pas proportionnel au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein (p=0,4351). On remarque qu'un établissement ayant un équivalent temps de 0,5 effectue plus d'entrée par semaine que les autres HAD ayant le même nombre d'équivalent temps plein. La durée moyenne de séjour est peut être plus faible. C'est le reflet d'une charge de travail plus importante.

Au total, et pour un taux de réponse faible de 35,29%, le nombre d'entrée par semaine pour l'année 2004 est de 3,282±3,235 pour un équivalent temps plein de 0,693±0,622.

COURBE NUMERO SEPT : REPARTITION DU NOMBRE D'ENTREE EN MOYENNE PAR SEMAINE EN 2005 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.

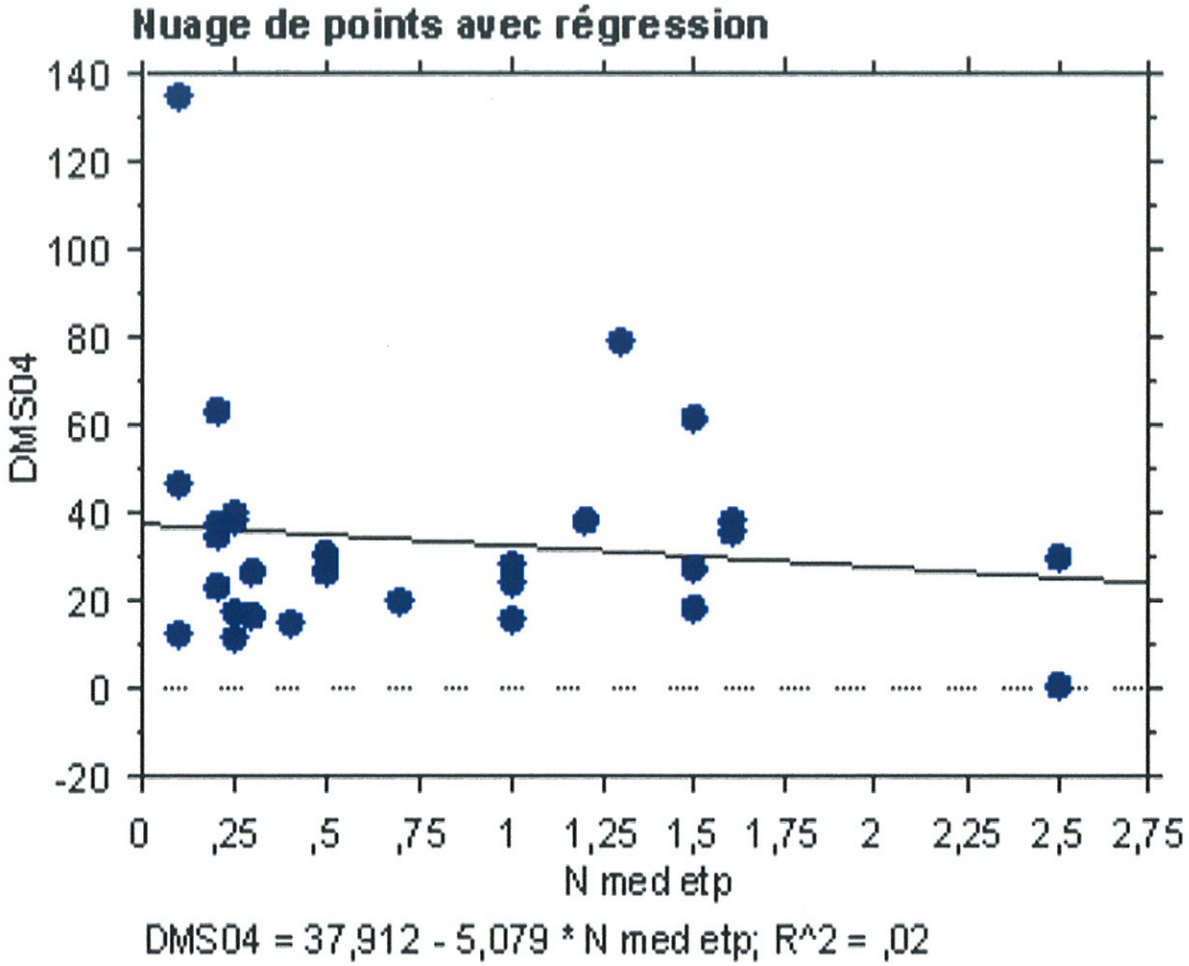


Le nombre d'entrée par semaine en 2005 n'est pas proportionnel au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein (p=0,5038). On remarque qu'un établissement ayant un équivalent temps de 0,25 effectue plus d'entrée par semaine que les autres HAD ayant le même nombre d'équivalent temps plein.

Au total, et pour un taux de réponse faible de 41,17%, le nombre d'entrée par semaine pour l'année 2005 est de 19,052±69,962 pour un équivalent temps plein de 0,693±0,622.

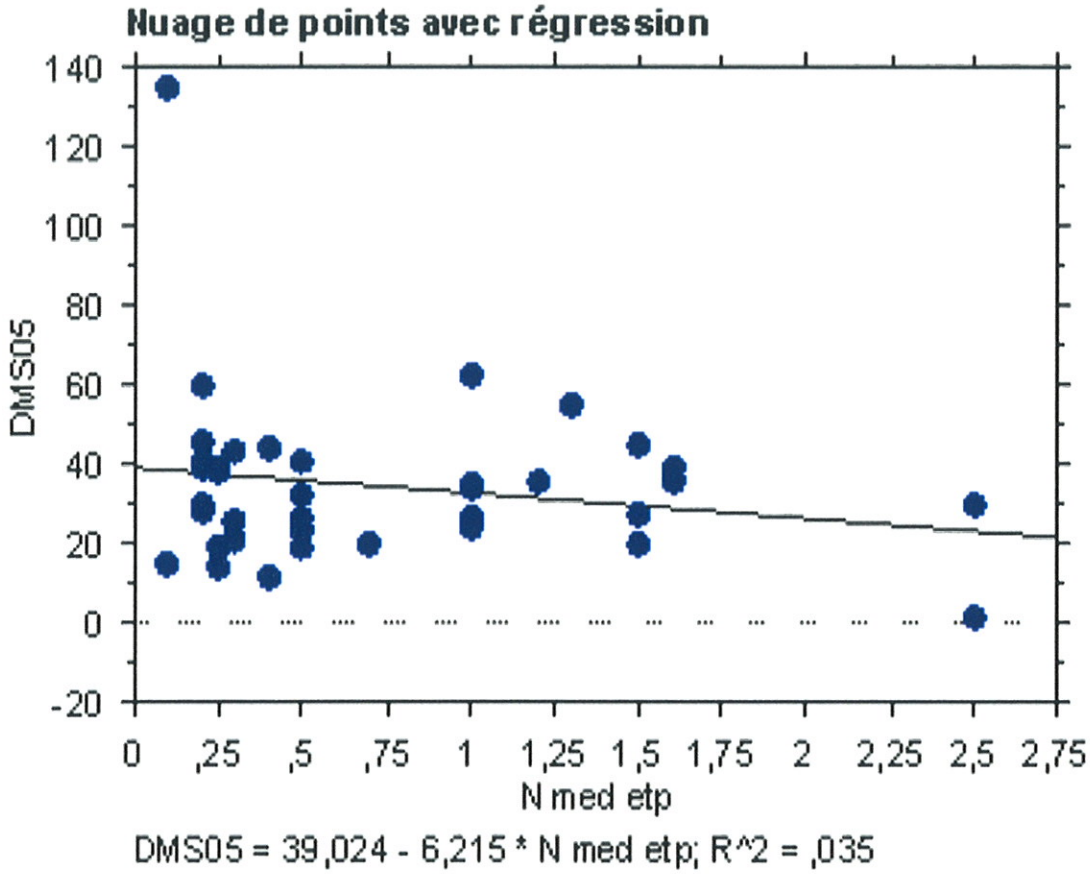
Avec des taux de réponse variable mais assez proche nous pouvons dire qu'en 2005 il y a eu plus d'entrée faites par semaine qu'en 2004.

COURBE NUMERO HUIT : REPARTITION DE LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR EN 2004 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



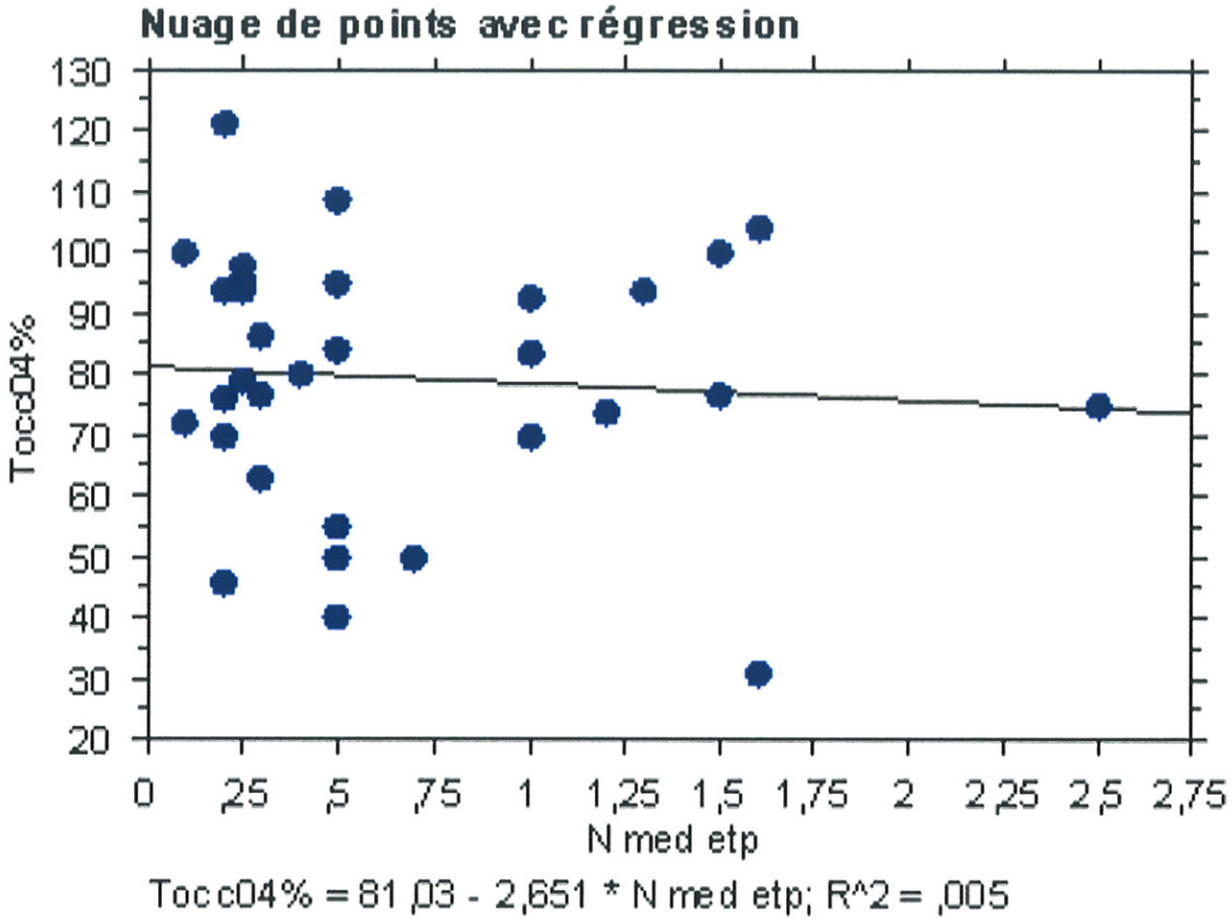
La durée moyenne de séjour pour l'année 2004 n'est pas proportionnelle au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein (p=0,4384).
Un établissement ayant un équivalent temps plein de médecin coordonnateur de 2,5 a une durée moyenne de séjour faible, cet établissement effectue des chimiothérapies à domicile. Il s'agit du même établissement classé dans statut « autres » et spécialisé dans l'oncologie.
Pour un taux de réponse de 64,7%, la durée moyenne de séjour pour l'année 2004, est en moyenne de 33,127jours ±24,54 pour un équivalent temps plein de 0,693±0,622.
La DMS au service d'hospitalisation à domicile du CHU de Limoges est de 17 jours pour l'année 2004 et pour un ETP de médecins coordonnateurs de 1,3.

COURBE NUMERO NEUF : REPARTITION DE LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR EN 2005 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



La durée moyenne de séjour pour l'année 2005 n'est pas proportionnelle au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein (p=0,2661).
On retrouve le même établissement qu'en 2004 qui effectue des chimiothérapies à domicile avec un équivalent temps plein de médecin coordonnateur de 2,5 et une durée moyenne de séjour faible.
Pour un taux de réponse de 76,47%, la durée moyenne de séjour pour l'année 2005, est en moyenne de 33,633jours ±21,593 pour un équivalent temps plein de 0,693±0,622.
La DMS au service d'hospitalisation à domicile du CHU de Limoges est de 14 jours pour l'année 2005 et pour un ETP de médecins coordonnateurs de 1,3.

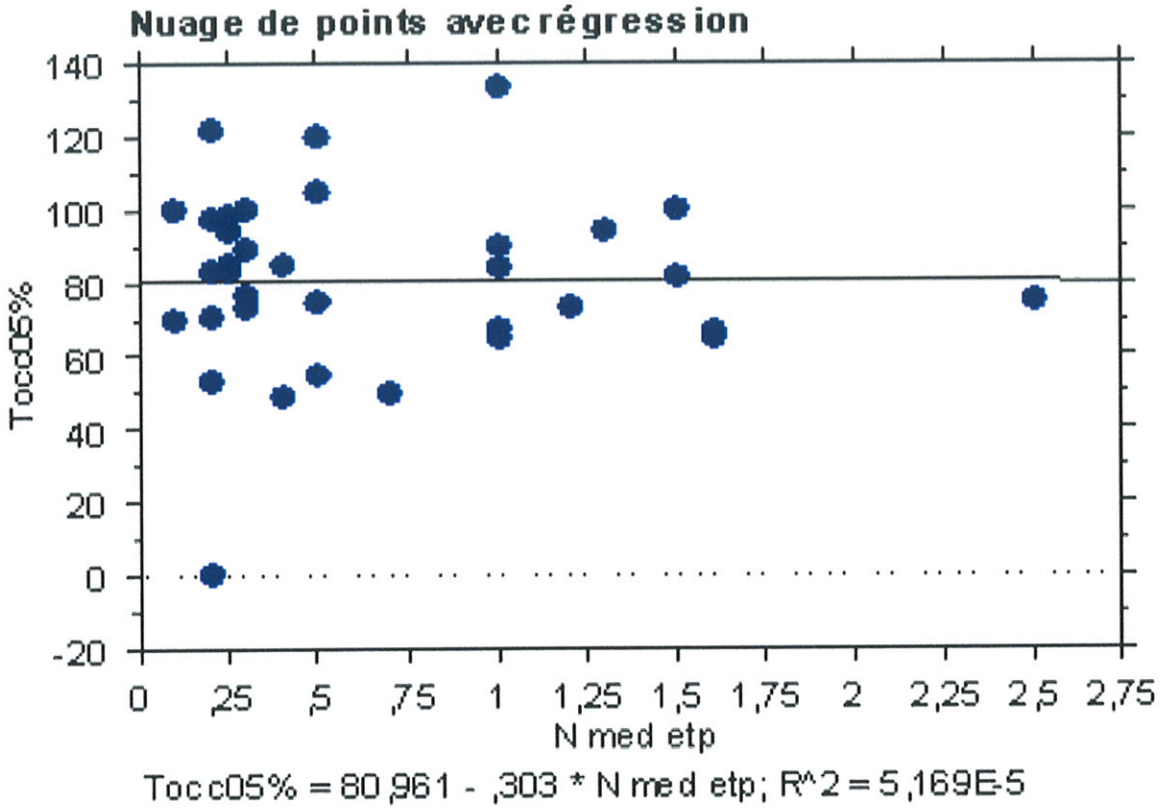
COURBE NUMERO DIX : REPARTITION DU TAUX D'OCCUPATION EN 2004 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



Pour l'année 2004, le taux d'occupation n'est pas proportionnel au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein (p=0,6919).

Au total, et pour un taux de réponse de 64,7%, le taux d'occupation pour l'année 2004 est de 79,459%±20,787% pour un équivalent temps plein de 0,693±0,622.

COURBE NUMERO ONZE : REPARTITION DU TAUX D'OCCUPATION EN 2005 EN FONCTION DU NOMBRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN.



Pour l'année 2005, le taux d'occupation n'est pas proportionnel au nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein (p=0,9671).

Au total, et pour un taux de réponse de 72,5%, le taux d'occupation pour l'année 2005 est de 81,109%±23,596% pour un équivalent temps plein de 0,693±0,622.

Le taux d'occupation en 2004 et 2005 au service d'hospitalisation à domicile du CHU de Limoges était de 100%.

D- DESCRIPTION DU PROFIL DES MALADES PRIS EN CHARGE EN HAD

TABLEAU NUMERO UN : LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE EN 2004

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
ORTHOPEDIE 04	6,046	7,378	30	0	29	21	4,7
CANCEROLOGIE 04	45,38	24,59	31	1	100	20	43
CHIMIOTHERAPIE 04	9,17	16,881	29	0	80	22	0
CARDIO VASCULAIRE 04	5,492	4,226	29	0	14,43	22	5
NEUROLOGIE 04	12,196	9,401	30	0	40,57	21	10
GERIATRIE 04	10,51	13,221	23	0	40	28	4
AUTRES 04	23,332	23,577	26	0	91,8	25	16,55

Taux de réponse pour pourcentage de suite d'orthopédie en 2004 :59%
Taux de réponse pour cancérologie en 2004 :61%
Taux de réponse pour chimiothérapie en 2004 : 57%
Taux de réponse pour cardiovasculaire en 2004 :57%
Taux de réponse pour neurologie en 2004 :59%
Taux de réponse pour gériatrie en 2004 : 45%
Taux de réponse pour autres en 2004 : 51%

Ce tableau met le point sur la notion de prise en charge par les structures d'hospitalisation à domicile d'une *médecine polyvalente.* C'est tout l'intérêt d'une HAD : pouvoir prendre en charge à domicile un patient répondant aux critères d'admission de la structure, quelque soit sa pathologie initiale.
D'autre part, nous remarquerons que la cancérologie prend une place plus importante ; le tableau montre que certaines HAD sont spécialisées dans la cancérologie (taux de réponses 61%). Certaines de ces HAD spécialisées en cancérologie, assurent également à domicile des chimiothérapies. N'est ce pas un moyen de permettre à ces patients ayant une pathologie lourde, d'affronter les difficultés de leur maladie avec le soutien de leur proche ?

TABLEAU NUMERO DEUX : LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE EN 2005

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
ORTHOPEDIE 05	9,971	16,161	36	0	87,9	15	5,245
CANCEROLOGIE 05	44,227	21,5	36	6,6	100	15	43
CHIMIOTHERAPIE 05	9,118	16,908	35	0	80	16	0
CARDIOVASCULAIRE 05	4,92	4,368	34	0	16	17	4,25
NEUROLOGIE 05	11,848	8,026	34	0	31,3	17	10
GERIATRIE 05	8,822	11,078	26	0	40	25	5
AUTRES 05	26,219	26,852	29	0	100	22	18

Taux de réponse pour pourcentage de suite d'orthopédie en 2005 :71%
Taux de réponse pour cancérologie en 2005 :71%
Taux de réponse pour chimiothérapie en 2005 : 69%
Taux de réponse pour cardiovasculaire en 2005 :67%
Taux de réponse pour neurologie en 2005 :67%
Taux de réponse pour gériatrie en 2005 : 51%
Taux de réponse pour autres en 2005 : 57%

Pour l'année 2005, la cancérologie prend aussi une place plus importante que les autres pathologies prises en charge à domicile (taux de réponse 71%). Il sera difficile de comparer les chiffres entre l'année 2004 et 2005 car les taux de réponse sont différents. Globalement on peut dire qu'en dehors de la cancérologie, la répartition du reste des pathologies prises en charge à domicile reste approximativement à part égale.

En ce qui concerne le service d'HAD du CHU de Limoges, les pathologies prises en charge pour l'année 2004 et 2005 sont variables, avec une part un peu plus importante pour l'oncologie et l'orthopédie.

TABLEAU NUMERO TROIS : PROVENANCE DES MALADES EN 2004

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
DOMICILE 04	21,42	11,499	26	0	50	25	21,5
CLINIQUE 04	13,525	17,518	27	0	80	24	8
HOPITAL 04	59,666	25,122	28	0	100	23	66,055
AUTRES 04	9,658	19,618	18	0	83	33	1,59

Taux de réponse pour « domicile 2004 » :51%
Taux de réponse pour « clinique 2004 » : 53%
Taux de réponse pour « hôpital 2004 » : 55%
Taux de réponse pour « autres 2004 » :35%

Avec des taux de réponses variables mais assez proches, on remarque que pour l'année 2004 il y a plus de malades en provenance des hôpitaux que des cliniques, et plus de malades en provenance du domicile que des cliniques. Cela montre indirectement qu'il y a des demandes faites par des médecins traitants sans une hospitalisation au préalable.
« Autres » regroupait des malades en provenance d'une EHPAD, d'un moyen séjour, d'un centre de convalescence....

Pour l'année 2004, pour le service d'HAD du CHU de Limoges, 66% des malades provenaient d'un service hospitalier, 0,8% d'une clinique et 33% directement du domicile.

TABLEAU NUMERO QUATRE : PROVENANCE DES MALADES EN 2005

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
DOMICILE 05	21,986	12,053	35	0	60	16	22
CLINIQUE05	14,698	20,576	35	0	85	16	8
HOPITAL 05	58,982	24,153	36	0	100	15	64,25
AUTRES 05	4,625	5,816	21	0	22	30	2,82

Taux de réponse pour « domicile 2005 » :69%
Taux de réponse pour « clinique 2005 » : 69%
Taux de réponse pour « hôpital 2005 » : 71%
Taux de réponse pour « autres 2005 » :41%

De même pour des taux de réponses assez proches, il y a plus de malades en 2005 en provenance des hôpitaux que des cliniques ou du domicile. Nous verrons dans un tableau plus loin, que certains patients sont recrutés en HAD par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, qui est le plus souvent un praticien hospitalier.

Pour le service d'HAD du CHU de Limoges, en 2005, 58% des malades provenaient d'un service hospitalier, 1,5% des cliniques et 40% directement du domicile.

TABLEAU NUMERO CINQ : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DES AGES EN 2004

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
AGE MALADES INFERIEUR A 10 ANS EN 04	0,405	1,02	21	0	4	30	0
ENTRE 10 ET 16 ANS 04	0,577	1,002	21	0	3,1	30	0
ENTRE 16 ET 75 ANS 04	56,862	22,812	19	25	90	32	58,75
SUPERIEUR A 75 ANS 04	31,834	21,805	20	0	70	31	28,83

Taux de réponses pour « age inférieur à 10 ans en 2004 » :41%
Taux de réponses pour « age entre 10 et 16 ans en 2004 » :41%
Taux de réponses pour « age entre 16 et 75 ans en 2004 » :37%
Taux de réponses pour « age supérieur à 75 ans en 2004 » :39%

Avec des taux de réponse faibles mais sensiblement proches, la tranche d'âge entre 16 et 75 ans constitue la part la plus importante dans la répartition des âges pour l'année 2004. En effet, il existe des structures d'HAD spécialisées dans la pédiatrie.

TABLEAU NUMERO SIX : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DES AGES EN 2005

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
AGE MALADES INFERIEUR 0 10 ANS EN 05	0,807	1,583	25	0	4,95	26	0
ENTRE 10 ET 16 ANS 05	0,495	0,899	24	0	3,22	27	0
ENTRE 16 ET 75 ANS 05	58,107	21,973	22	0	90,97	29	54,09
SUPERIEUR A 75 ANS 05	38,932	20,55	23	0	75	28	42,7

Taux de réponses pour « age inférieur à 10 ans en 2005 » :49%
Taux de réponses pour « age entre 10 et 16 ans en 2005 » :47%
Taux de réponses pour « age entre 16 et 75 ans en 2005 » :43%
Taux de réponses pour « age supérieur à 75 ans en 2005 » :45%

De même que pour l'année 2005, et aussi avec des taux de réponses faibles mais assez proches, la tranche d'âge pour l'année 2005 entre 16 et 75 ans constitue la part la plus importante. A noter que le pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans augmente sensiblement.

TABLEAU NUMERO SEPT : DEVENIR DES MALADES EN 2004

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
SSIAD 04	7,708	7,001	24	0	22	27	5,325
REHOSPITALISATION 04	33,664	14,781	25	10	60,14	26	30
DECES 04	25,669	16,281	29	3,47	80	22	21
DOMICILE 04	22,565	18,481	23	0	70	28	16

Taux de réponse pour « SSIAD 2004 » : 47%
Taux de réponse pour « réhospitalisation 2004 » : 49%
Taux de réponse pour « décès 2004 » : 57%
Taux de réponse pour poursuite des soins à domicile avec l'aide du médecin traitant en 2004 » : 45%

Pour des taux de réponse assez proches, le « devenir » des malades pour l'année 2004 se répartit à part sensiblement égale entre réhospitalisation , décès et suite des soins à domicile sous l'aide du médecin traitant. D'autre part, le recours aux SSIAD (service de soins infirmiers à domicile), constitue une part faible. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que des malades de plus en plus lourds sont pris en charge par les structures d'hospitalisation à domicile. Le tableau nous montre qu'une bonne partie des malades est soit réhospitalisée soit décédée. Concernant la poursuite des soins à domicile avec le recours du médecin traitant, elle est à part égale avec « réhospitalisation » ou « décès ». Ceci est vraisemblablement le reflet d'une médecine polyvalente ; les structures d'HAD prenant en charge à domicile des pathologies lourdes, chroniques, mais aussi des pathologies qui nécessitent des soins ponctuels.

Pour l'année 2004, au service d'HAD du CHU de Limoges, 70% des patients sont restés à leur domicile et ont été suivis par leur médecin traitant. 20,5% ont été réhospitalisés. Dans 4,1% les soins ont été poursuivis par un SSIAD et 5% sont décédés.

TABLEAU NUMERO HUIT : DEVENIR DES MALADES EN 2005

	MOYENNE	DEVIATION STANDARD	NOMBRE	MINIMUM	MAXIMUM	MANQUANT	MEDIANE
SSIAD 05	9,478	7,303	28	0	25	23	7,27
REHOSPITALISATION 05	32,287	16,412	30	0	64,5	21	30
DECES 05	24,586	17,52	34	0,9	80	17	19,8
DOMICILE 05	23,672	20,569	25	0	70	26	17,12

Taux de réponse pour « SSIAD 2005 » : 55%
Taux de réponse pour « réhospitalisation 2005 » : 59%
Taux de réponse pour « décès 2005 » : 67%
Taux de réponse pour poursuite des soins à domicile avec l'aide du médecin traitant en 2005 » : 49%

Pour des taux de réponse assez proches, le « devenir » des malades pour l'année 2005, se répartit aussi, à part sensiblement égale entre réhospitalisation , décès et suite des soins à domicile sous l'aide du médecin traitant. De même que pour 2004, le recours aux SSIAD, constitue une faible part.

Pour l'année 2005, au service d'HAD du CHU de Limoges, 66,7% des patients sont restés à leur domicile avec une surveillance simple de la part de leur médecin traitant. 31,4% ont été réhospitalisés et 1,8% sont décédés.

E- ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

TABLEAU NUMERO UN : VISITE A DOMICILE EN PRE-ADMISSION

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	29	59,184
OUI	20	40,816
TOTAL	49	100

Avec un taux de réponse de 96,07%, nous avons obtenu un bon pourcentage pour les visites à domicile en pré-admission (40,816%). Il s'agit d'une tâche assez chronophage et en même temps d'une étape importante dans la prise en charge thérapeutique. Si les visites en prè-admission ne sont pas faites, c'est certainement dû au manque de temps et à la présence de multiples autres tâches que doit effectuer le médecin coordonnateur ce d'autant plus que le plus souvent le médecin coordonnateur n'exerce qu'à temps partiel dans le service d'HAD.

TABLEAU NUMERO DEUX : VISITE A L'HOPITAL EN PRE-ADMISSION

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	20	40,816
OUI	29	59,184
TOTAL	49	100

Les visites à l'hôpital en prè-admission sont effectuées à parts égales à celles faites à domicile (taux de réponse de 96,07%).
Concernant cette tâche on aurait du s'approcher des 100%. Il est en réalité très important de voir le malade avant la prise en charge à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, pour pouvoir juger de la possibilité ou pas de ce genre d'hospitalisation. Une bonne qualité d'un séjour passe par la bonne application des règles de chaque structure. Nous avons vu plus haut que le patient doit répondre à un certain nombre de critères, le médecin coordonnateur doit avoir connaissance de ces critères pour juger de la possibilité ou pas d'une prise en charge à domicile. Pour cela une visite de prè-admission est souhaitable et ce, pour chaque demande d'hospitalisation à domicile. Ce sont surtout les HAD publiques et à moindre part les

HAD associatives qui effectuent les deux visites à la fois. Les autres HAD associatives et privés effectuent soit l'une soit l'autre des visites.

TABLEAU NUMERO TROIS : APPEL DU MEDECIN TRAITANT POUR AVOIR SON ACCORD

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	12	24,490
OUI	37	75,510
TOTAL	49	100

Dans chacune des circulaires existantes jusqu'à ce jour, on mentionne le devoir de prévenir le médecin traitant et d'obtenir son accord sur une hospitalisation à domicile.
Dans notre étude, et pour un taux de réponse de 96,07%, 75% des médecins coordonnateurs, préviennent par téléphone le médecin coordonnateur -si celui-ci n'est pas le demandeur- de la demande d'hospitalisation à domicile de leur patient, et demandent son accord.
La prise de contact avec le médecin traitant a une place importante, dans la mesure où ce dernier, connaît bien l'environnement de vie de son patient. Il sait si le patient va pouvoir adhérer au plan de soins, en dehors d'une présence paramédicale permanente.
D'autre part, le médecin traitant est informé régulièrement de l'état de santé de son malade. A ce jour, il reste le principal prescripteur. Une bonne prise en charge passe une bonne coordination entre les deux médecins.

TABLEAU NUMERO QUATRE : TENUE DOSSIER MEDICAL

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	4	8,163
OUI	45	91,837
TOTAL	49	100

Concernant la tenue du dossier médical et pour un taux de réponse de 96,07 %, nous pouvons nous féliciter ; plus de 91% des médecins coordonnateurs tiennent à jour le dossier médical des patients. Ceci montre indirectement, leur participation active dans la prise en charge du malade. Bien que le médecin traitant soit le principal prescripteur, ils sont régulièrement informés des événements médicaux, prêts à agir en cas d'urgence ou d'absence du médecin coordonnateur.

TABLEAU NUMERO CINQ : ENREGISTREMENT DES EVENEMENTS MEDICAUX

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	7	14,286
OUI	42	85,714
TOTAL	49	100

De même, plus de 85% des médecins coordonnateurs et pour un taux de réponse de 96,07 %, enregistrent dans le dossier médical les « événements médicaux ». Il s'agit d'une tâche assez chronophage, mais surtout médico-légale. Le dossier du patient doit en effet, être à jour, tout doit être mentionné. En cas de réclamation de la part du patient, ou tout simplement en absence du médecin coordonnateur, nous pouvons retrouver une trace de ce qui a été fait ou pas.

TABLEAU NUMERO SIX : GESTION SOINS MEDICAUX

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	24	54,545
OUI	20	45,455
TOTAL	44	100

Pour un taux de réponse de 86,27%, 45% des médecins coordonnateurs s'occupent de la gestion des soins médicaux. Il s'agit du suivi par exemple, des pansements d'escarres ou d'amputation de pieds diabétiques, des chimiothérapies, du suivi du diabète et du suivi biologique de patients ayant un cancer hématologique...le médecin coordonnateur peut aussi modifier le dosage d'une injection d'insuline, prescrire un contrôle INR, demander une surveillance de plaquettes ou d'un syndrome inflammatoire biologique. Le médecin coordonnateur, en suivant l'évolution de l'état de santé de chaque malade va, toujours en accord avec le médecin traitant, modifier les prescriptions selon les besoins.

TABLEAU NUMERO SEPT : GESTION DES SOINS PARAMEDICAUX

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	31	68,889
OUI	14	31,111
TOTAL	45	100

Pour un taux de réponse de 88,23%, uniquement 27,45% de médecins coordonnateurs assurent la gestion des soins paramédicaux (soins de nursing, en fonction du degré de dépendance du patient).

TABLEAU NUMERO HUIT : COORDINNATION DES SOINS AVEC LE MEDECIN TRAITANT

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	5	10,204
OUI	44	89,796
TOTAL	49	100

Le médecin coordonnateur assure la coordination des soins entre le médecin traitant, lorsque celui ci n'est pas demandeur de l'hospitalisation à domicile et le médecin hospitalier. Le médecin traitant étant le principal prescripteur, le médecin coordonnateur prend souvent contact avec celui-ci pour, d'une part lui faire part de l'évolution de l'état de santé de son patient (résultat d'une prise de sang, apparition d'une affection intercurrente...) et d'autre part pour discuter avec lui des modalités de prise en charge du malade.
Dans notre enquête, et pour un taux de réponse de 96,07%, presque 90% des médecins coordonnateurs entrent en contact avec le médecin traitant pour la coordination des soins. Il s'agit en effet, d'un bon pourcentage. Une bonne prise en charge passe par une bonne coordination des soins et ce dans l'intérêt du patient.

TABLEAU NUMERO NEUF : PROJET THERAPEUTIQUE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	9	18,367
OUI	40	81,633
TOTAL	49	100

Pour un taux de réponse de 96,07%, presque 82% des médecins coordonnateurs élaborent un projet thérapeutique. A l'entrée du malade en hospitalisation à domicile, le médecin coordonnateur doit établir un projet thérapeutique, comportant les soins médicaux et para-médicaux dont il doit bénéficier. Il doit également, dès l'entrée du malade, étudier les possibilités de sortie de ce dernier, en contactant par exemple, le plus tôt possible, l'assistante sociale, ou faire des demandes auprès des SSIAD.

TABLEAU NUMERO DIX : DEMANDE D'AVIS AUPRES D'UN SPECIALISE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	13	27,083
OUI	35	72,917
TOTAL	48	100

Pour un taux de réponse de 94,11%, presque 73% des médecins coordonnateurs prennent avis auprès d'un spécialiste, en cas de besoin. Cela montre la forte implication du médecin coordonnateur dans la coordination des soins. En cas de besoin et comme il s'agit d'une hospitalisation, le recours à une consultation spécialisée peut se faire d'une façon rapide.

TABLEAU NUMERO ONZE : PARTICIPATION AU STAFF IDE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	2	3,922
OUI	49	96,078
TOTAL	51	100

Pour un taux de réponse à 100%, plus que 96% des médecins coordonnateurs participent au staff infirmier. C'est là une preuve également de leur implication dans la coordination des soins et dans le suivi des malades. Les infirmières étant en contact quotidien avec le malade, elles transmettent, tous les jours, au médecin coordonnateur, un compte rendu de l'état de santé de celui-ci. Nous verrons plus loin, qu'en fonction de l'événement médical, le médecin coordonnateur, soit va avoir recours au médecin traitant, soit va lui même intervenir, en fonction des besoins.

Nous n'avons pas pu exploiter les données concernant la question « nombre de staff IDE », les réponses n'étaient pas suffisantes.

TABLEAU NUMERO DOUZE : PARTICIPATION A D'AUTRES STAFF

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	18	43,902
OUI	23	56,098
TOTAL	41	100

Pour un taux de réponse à 80,39%, presque 56% des médecins coordonnateurs participent à d'autres staffs. En ce qui concerne le service d'HAD du CHU de Limoges, le médecin coordonnateur participe au staff organisé avec les oncologues, au cours duquel il coordonne les soins concernant les malades en provenance d'oncologie.

TABLEAU NUMERO TREIZE : VISITE A DOMICILE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	13	26,531
OUI	36	73,469
TOTAL	49	100

La plupart du temps, les visites à domicile sont effectuées par le médecin traitant, sous une fréquence définie au préalable avec le médecin coordonnateur de la structure d'HAD. Il arrive parfois que le médecin coordonnateur se déplace lui même au domicile du patient. Bien qu'il s'agisse d'une tâche chronophage, nous remarquerons qu'un bon pourcentage des médecins coordonnateurs effectue des visites à domicile (plus de 73% pour un taux de réponse de 96,07%). Là aussi ceci reflète l'implication du médecin coordonnateur dans le suivi du patient en hospitalisation à domicile.

Concernant le nombre de visite à domicile effectuée par semaine, les réponses étaient inexploitables.

TABLEAU NUMERO QUATORZE : TARIFICATION A L'ACTIVITE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	6	12
OUI	44	88
TOTAL	50	100

Depuis janvier 2006, les structures d'hospitalisation à domicile sont passées à la tarification à l'activité et ceci pour une part de 100% des soins. La tarification à l'activité doit être faite par un médecin, en l'occurrence ici par le médecin coordonnateur. Dans notre enquête et pour une seule réponse manquante, 88% des médecins coordonnateurs effectuent eux même la tarification à l'activité.

TABLEAU NUMERO QUINZE : ELABORATION D'UN PROJET DE DEVENIR

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	5	10
OUI	45	90
TOTAL	50	100

Pour un taux de réponse de 98,03%, 90% des médecins coordonnateurs élaborent un projet de devenir en concertation avec le médecin traitant et l'assistante sociale.

TABLEAU NUMERO SEIZE : PARTICIPATION AU FMC

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	11	23,404
OUI	36	76,596
TOTAL	47	100

Dans le but de savoir si le médecin coordonnateur a le temps de se former personnellement, nous avons interrogé les médecins pour savoir si oui ou non ils participent à des formations médicales continues. Pour un taux de réponse de 92,15%, plus de 76% des médecins coordonnateurs assistent à des FMC. Quatre médecins coordonnateurs n'ont pas précisé s'ils assistent à des FMC, et trois n'ont pas précisé s'ils animent des FMC.

TABLEAU NUMERO SEIZE A : EN ASSISTANT A DES FMC

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	12	27,907
OUI	31	72,093
TOTAL	43	100

Parmi les 47 médecins coordonnateurs qui participent à des FMC, quatre ont omis de nous indiquer s'ils assistent à des FMC. Pour les 43 restants, plus de 72% assistent à des FMC.

TABLEAU NUMERO SEIZE B : ANIMANT DES FMC

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	16	36,364
OUI	28	63,636
TOTAL	44	100

De même, pour les 47 médecins coordonnateurs qui participent à des FMC, trois ont omis de nous marquer s'ils animent des FMC. Pour les 43 restants, plus de 63% animent des FMC.
Il y a donc des médecins coordonnateurs qui participent et qui animent des FMC à la fois.

TABLEAU NUMERO DIX SEPT : COURRIER A L'ENTREE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	29	58
OUI	21	42
TOTAL	50	100

Pour un taux de réponse de 98,03%, 42% des médecins coordonnateurs seulement effectuent des courriers, à l'entrée du malade, destinés au médecin traitant, pour lui signaler la date d'entrée du patient en hospitalisation à domicile, et pour lui indiquer les soins qu'il va recevoir, ainsi que le projet thérapeutique.

TABLEAU NUMERO DIX HUIT : COURRIERS DE SORTIE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	11	22,449
OUI	38	77,551
TOTAL	49	100

Pour un taux de réponse de 96,07%, presque 78% des médecins coordonnateurs font des courriers de sortie. Une seule structure a omis de nous indiquer si le médecin coordonnateur effectue ou pas des courriers d'entrée ou de sortie. Nous pouvons donc dire que les médecins coordonnateurs font plus de courriers de sortie que de courriers d'entrée.

TABLEAU NUMERO DIX NEUF : GESTION DU PERSONNEL

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	39	79,592
OUI	10	20,408
TOTAL	49	100

Pour un taux de réponse de 96,07%, uniquement 20% des médecins coordonnateurs assurent la gestion du personnel.

TABLEAU NUMERO VINGT : GESTION DES LOCAUX

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	45	91,837
OUI	4	8,163
TOTAL	49	100

Pour un taux de réponse de 96,07 %, uniquement 8 % des médecins coordonnateurs assurent la gestion des locaux.

TABLEAU NUMERO VINGT ET UN : GESTION DES INTERNES

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	40	81,633
OUI	9	18,367
TOTAL	49	100

Pour des taux de réponse de 96,07 %, uniquement 18 % des médecins coordonnateurs assurent la formation auprès des internes. Il sera intéressant dans l'avenir de développer plus de postes d'interne dans les structures d'HAD. Etant moi-même ancienne interne du service d'HAD du CHU de Limoges, je peux témoigner de l'utilité de ce stage et démonter que celui-ci est très formateur, surtout au niveau de la médecine générale.

TABLEAU NUMERO VINGT DEUX : PARTICIPATION AUX ACTIONS DE DEVELOPPEMENT DES HAD

	NOMBRE	POURCENTAGE
FREQUEMMENT	25	52,083
JAMAIS	3	6,25
RAREMENT	3	6,25
DE TEMPS EN TEMPS	17	35,417
TOTAL	48	100

Pour un taux de réponse de 94,11%, la majorité (52%) des médecins coordonnateurs participe fréquemment aux actions de développement de l'HAD.

TABLEAU NUMERO VINGT TROIS : PARTICIPATION AU CERTIFICATION

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	11	25
OUI	33	75
TOTAL	44	100

Pour un taux de réponse de 86,27 %, 75 % des médecins participent aux certifications.

TABLEAU NUMERO VINGT TROIS A : NOMBRE CERTIFICATIONS

	NOMBRE	POURCENTAGE
TOUS	16	39,02
ZERO	11	26,82
UN	3	7,31
DEUX	6	14,63
TROIS	5	12,19
TOTAL	41	100

3 médecins coordonnateurs qui participent à des certifications, n'ont pas mentionné le nombre des certifications. La majorité (39%) participe à tous les thèmes de certification.
7 médecins n'ont pas indiqué si oui ou non ils participent à des certifications.

TABLEAU NUMERO VINGT QUATRE : RECRUTEMENT DIRECT DES MALADES PAR LE MEDECIN COORDONNATEUR

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	10	20
OUI	40	80
TOTAL	50	100

Pour presque 100 % de taux de réponse, 80 % des médecins coordonnateurs recrutent des malades.

TABLEAU NUMERO VINGT QUATRE A : EN LIEN AVEC LA SPECIALITE DU MEDECIN COORDONNATEUR

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	16	34,043
OUI	31	65,957
TOTAL	47	100

Parmi ceux qui recrutent directement des malades, trois ont omis de nous indiquer si le recrutement est en lien direct avec leur spécialité, un seul médecin coordonnateur n'a pas mentionné s'il recrutait ou pas des malades. Pour les autres, plus de 65% recrutent des patients dont la pathologie est en lien direct avec leur spécialité.

TABLEAU NUMERO VINGT CINQ : PRESCRIPTION DE BILANS BIOLOGIQUES

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	27	60
OUI	18	40
TOTAL	45	100

Pour un taux de réponse de 88,23%, 40% seulement des médecins coordonnateurs prescrivent des bilans biologiques, sans avoir recours à l'accord du médecin traitant. 60% n'en prescrivent pas du tout. Sur les six réponses manquantes, 3 médecins prescrivent des bilans biologiques en ayant l'accord du médecin traitant au préalable.

TABLEAU NUMERO VINGT SIX : PRESCRIPTION D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	28	63,636
OUI	16	36,364
TOTAL	44	100

Pour un taux de réponse de 86,27%, seulement 36% prescrivent des examens complémentaires. Sur les 7 réponses manquantes, 2 prescrivent des examens complémentaires avec l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO VINGT SEPT : MODIFICATION DE PRESCRIPTIONS

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	22	50
OUI	22	50
TOTAL	44	100

Pour un taux de réponse de 86,27%, 50% effectuent des modifications de prescriptions. Sur les 7 réponses manquantes, 2 modifient des prescriptions avec l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO VINGT HUIT : SUBSTITUTION DE MEDICAMENTS

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	20	45,455
OUI	24	54,545
TOTAL	44	100

Pour un taux de réponse de 86,27%, plus de 50% se permettent de substituer des médicaments. Sur les 7 réponses manquantes, 3 médecins substituent des médicaments avec l'accord du médecin traitant et un seul médecin substitue en cas d'urgence.

TABLEAU NUMERO VINGT NEUF : PRESCRIPTION DE TOXIQUES

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	16	39,024
OUI	25	60,976
TOTAL	41	100

Pour un taux de réponse de 80,39%, plus de 60% prescrivent des toxiques. Sur les 10 réponses manquantes, 4 prescrivent des toxiques avec l'accord du médecin traitant, et deux autres en prescrivent en cas d'urgence.

TABLEAU NUMERO TRENTE : PRESCRIPTION D'EXAMENS SPECIFIQUES

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	32	72,727
OUI	12	27,273
TOTAL	44	100

Pour un taux de réponse de 86,27%, seulement 27% des médecins coordonnateurs prescrivent des examens spécifiques. Sur les 7 réponses manquantes, un seul médecin prescrit des examens spécifiques avec l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE ET UN : APPEL DU PSYCHOLOGUE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	13	32 ,5
OUI	27	67,5
TOTAL	40	100

Pour un taux de réponse de 78,43%, plus de 67% des médecins coordonnateurs font appel à un psychologue, en cas de besoin, sans avoir recours à l'accord du médecin traitant au préalable. Sur les 11 réponses manquantes, 7 médecins font appel à un psychologue, après avoir pris l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE DEUX : APPEL DE L'ERGOTHERAPEUTE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	21	50
OUI	21	50
TOTAL	42	100

Pour un taux de réponse de 82,35%, 50% des médecins coordonnateurs font appel à un ergothérapeute, en cas de besoin, sans avoir recours à l'accord du médecin traitant au préalable. Sur les 9 réponses manquantes, 6 médecins font appel à un ergothérapeute, après avoir pris l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE TROIS : APPEL DE LA DIETETICIENNE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	17	40,476
OUI	25	59,524
TOTAL	42	100

Pour un taux de réponse de 82,35%, presque 60% des médecins coordonnateurs font appel à une diététicienne, sans avoir recours à l'accord du médecin traitant au préalable. Sur les 9 réponses manquantes, 6 médecins font appel à une diététicienne, après avoir pris l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE QUATRE : APPEL DU KINESITHERAPEUTE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	22	53,659
OUI	19	46,341
TOTAL	41	100

Pour un taux de réponse de 80,39%, presque 46% des médecins coordonnateurs font appel à un kinésithérapeute, sans avoir recours à l'accord du médecin traitant au préalable. Sur les 10 réponses manquantes, 7 médecins font appel à un kinésithérapeute, après avoir pris l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE CINQ : APPEL DE L'ORTHOPHONISTE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	27	62,791
OUI	16	37,209
TOTAL	43	100

Pour un taux de réponse de 84,31%, seulement 37% des médecins coordonnateurs font appel à un orthophoniste, sans avoir recours à l'accord du médecin traitant au préalable. Sur les 8 réponses manquantes, 5 médecins font appel à un orthophoniste, après avoir pris l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE SIX : RECOURS A L'UNITE MOBILE DE GERIATRIE

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	35	77,778
OUI	10	22,222
TOTAL	45	100

Pour un taux de réponse de 88,23%, seulement 22% des médecins coordonnateurs font appel à des unités mobiles de gériatrie, sans l'accord du médecin traitant. Sur les 6 réponses manquantes, 3 en font appel avec l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE SEPT : RECOURS A L'UNITE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	6	13,333
OUI	39	86,667
TOTAL	45	100

Pour un taux de réponse de 88,23%, plus de 86% des médecins coordonnateurs font appel à des unités mobiles de soins palliatifs, sans l'accord du médecin traitant. Sur les 6 réponses manquantes, 3 également en font appel avec l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE HUIT : RECOURS A L'UNITE MOBILE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	22	48,889
OUI	23	51,111
TOTAL	45	100

Pour un taux de réponse de 88,23%, presque la moitié des médecins coordonnateurs font appel à des unités mobiles de prise en charge de la douleur, sans l'accord du médecin traitant. Sur les 6 réponses manquantes, 3 en font appel avec l'accord du médecin traitant.

TABLEAU NUMERO TRENTE NEUF : RECOURS A D'AUTRES UNITES MOBILES

	NOMBRE	POURCENTAGE
NON	41	89,130
OUI	5	10,87
TOTAL	46	100

Pour un taux de réponse de 90,19%, seulement 10% des médecins coordonnateurs font appel à d'autres unités mobiles, sans l'accord du médecin traitant. Sur les 5 réponses manquantes, 2 en font appel avec l'accord du médecin traitant. Aucun établissement n'a laissé de précision quant à la nature des « autres » unités de soins mobiles.

TABLEAU RECAPITULATIF

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR	POURCENTAGE	TAUX DE REPONSE	COMPARAISON AVEC HAD LIMOGES
Participation staff ide	96,078	100%	oui
Tenue du dossier médical	91,837	96,07%	oui
Elaboration d'un projet de devenir avec Med Trait et assistante sociale	90	98,03%	oui
Coordination des soins avec Med Trait	89,796	96,07%	oui
Tarification à l'activité	88	98,03%	oui
Recours à l'unité mobile de soins palliatifs	86,667	88,23%	oui
Enregistrement des événements médicaux	85,714	96,07%	oui
Projet thérapeutique	81,633	96,07%	oui
Recrutement des malades par le médecin coordonnateur	80	98,03%	oui
Courriers de sortie	77,551	96,07%	oui
Participation à des FMC	76,596	92,15%	oui
Participation aux certifications	75	86,27%	oui
Accord du médecin traitant	75,51	96,07%	oui
Visite à domicile	73,469	96,07%	non
Demande d'avis spécialisé	72,917	94,11%	oui
Assister à des FMC	72,093	84,31%	oui
Appel du psychologue	67,5	78,43%	non
Pathologies des malades en lien avec spécialité du médecin coordonnateur	65,957	90,38%	oui
Animer des FMC	63,636	86,27%	oui

Prescription de toxique	60,976	80,39%	oui
Appel de la diététicienne	59,524	82,35%	non
Visite à l'hôpital en pré-admission	59,184	96,07%	oui
Participation staff autre que celui des IDE	56,098	80,39%	oui
Substitution de médicaments	54,545	86,27%	oui
Modification de prescriptions	50	86,27%	oui
Appel de l'ergothérapeute	50	82,35%	non
Recours à l'unité mobile pour la prise en charge de la douleur	51,111	88,23%	non
Appel du kinésithérapeute	46,341	80,39%	oui
Gestion des soins médicaux	45,455	86,27%	oui
Courrier à l'entrée	42	98,03%	non
Visite à domicile en pré-admission	40,816	96,07%	oui
Prescription de bilans biologique	40	88,23%	oui
Appel de l'orthophoniste	37,209	84,31%	non
Prescription d'examens complémentaires	36,364	86,27%	oui
Gestion des soins paramédicaux	31,111	88,23%	non
Prescription d'examens spécifique	27,273	86,27%	oui
Recours à l'unité mobile de gériatrie	22,222	88,23%	oui
Gestion du personnel	20,408	96,07%	non
Gestion des internes	18,367	96,07%,	oui
Recours à d'autres unités mobiles	10,87	90,19%	non
Gestion des locaux	8,163	96,07%	oui

c - Discussion :

Dans notre enquête, le nombre de places ouvertes dans les structures d'hospitalisation à domicile, varient entre 5 et 230 places. Le nombre de médecin coordonnateur en équivalent temps plein varie entre 0,1 et 2,5.
Nous avons vu que la répartition des médecins coordonnateurs en équivalent temps plein est proportionnelle au nombre de places ouvertes. Plus le nombre de places ouvertes est élevée plus l'équivalent temps plein l'était aussi. Une seule HAD faisait exception à la règle, pour 20 places ouvertes, l'établissement possède 2,5 équivalents temps plein en médecins. Il s'agit d'une HAD classée dans « autres » et spécialisée dans l'oncologie. Un autre établissement a également un équivalent temps plein de 1 pour une dizaine de places. D'autre part, il existe d'autres établissements ayant un nombre d'équivalent temps plein en médecins coordonnateur faible pour un nombre de places élevées. Globalement, il existe une égalité dans la répartition des médecins en fonctions du nombre de places ouvertes ; la majorité d'établissement ayant une vingtaine de places ouvertes a un équivalent temps plein variant entre 0,2 et 0,5.

En ce qui concerne l'HAD du CHU de Limoges, les réponses au questionnaire n'ont pas été intégrées dans l'analyse statistique, afin de ne pas introduire un biais dans la comparaison.

a- le médecin coordonnateur

Concernant les tâches effectuées par le médecin coordonnateur, globalement et malgré des taux de réponses variables, la plupart assure au cours de leur présence dans l'établissement la coordination des soins, la gestion des tâches administratives ainsi que leur formation personnelle. Nous allons voir que la coordination des soins implique le recours à plusieurs domaines, du suivi du patient, à la demande d'avis spécialisé, jusqu'aux divers et multiples prescriptions, avec ou sans accord du médecin traitant. Sans oublier l'élaboration d'un projet thérapeutique, impliquant,

non seulement la planification des soins médicaux et para-médicaux, mais aussi l'étude de divers possibilités de sortie du malade.

Concernant la prise en charge propre du malade, celle-ci commence par une visite de prè-admission pendant laquelle, le médecin coordonnateur de l'établissement, effectue un recueil de donnée, pour définir le profil du malade, et savoir si celui-ci, répondra aux critères d'admission, propres à chaque établissement, mais assez proche d'une structure d'HAD à une autre. Notre enquête montre que, pour le même taux de réponses, les médecins coordonnateurs effectuent plus de visites à l'hôpital qu'à domicile en pré-admission.

Si le malade est accepté en hospitalisation à domicile, le médecin coordonnateur doit en informer le médecin traitant et obtenir son accord. C'est le début du contact entre les deux médecins, qui vont devoir coordonner les soins tout au long de la durée d'hospitalisation. Plus de 75% des médecins coordonnateurs appellent le médecin traitant pour avoir son accord sur une hospitalisation à domicile.

Jusqu'à ce jour le médecin traitant reste le principal prescripteur. Nous avons voulu savoir quelles sont les prescriptions effectuées par le médecin coordonnateur, et si celui-ci les applique, seul ou à la demande du médecin traitant ou s'il lui laisse entièrement le soin de les prescrire.

Avec des taux de réponses variables mais proches et assez élevés pour pouvoir exploiter les données (entre 80% et 97%), la majorité des médecins coordonnateurs ne prescrivent pas de bilans biologiques, ni d'examens complémentaires. Seulement la moitié effectue des modifications de prescriptions.

D'autre part, plus de la moitié substitue des médicaments ou prescrit des toxiques sans le recours au médecin traitant. Donc en cas d'urgence, le médecin coordonnateur a plus d'autonomie.
Très peu prescrivent des examens complémentaires spécifiques.

La majorité aussi fait appel à des psychologues, à des ergothérapeutes et à des diététiciennes sans l'accord préalable du médecin traitant.

Peu de médecins coordonnateurs font appel à des kinésithérapeutes ou à des orthophonistes sans l'accord du médecin traitant.

Pour ceux qui ne font pas appel à ces professionnels para-médicaux, nous ne savons pas si c'est parce que l'établissement ne fait pas appel à leur aide parce qu'il n'en a pas besoin ou parce que c'est le médecin traitant qui prend contact avec eux directement.

Concernant les unités mobiles, les médecins coordonnateurs font plus appel aux unités mobiles de soins palliatifs qu'aux unités mobiles de gériatrie ou de la prise en charge de la douleur ou autres unités mobiles.

Là aussi on se sait pas si dans le cas contraire, l'absence de prise de contact avec ces unités mobiles est dûe au fait que l'établissement n'a pas recours à leur aide, ou si c'est le médecin traitant lui-même qui prend contact directement avec eux.

La coordination des soins

90% des médecins coordonnent les soins avec les médecins traitants.

Pour pouvoir assurer la coordination des soins, le médecin coordonnateur doit suivre de plus près l'état de santé du patient. Pour les items qui vont suivre, les taux de réponse ont variés entre 76% et 100%.

Presque 97% des médecins coordonnateurs participent au staff infirmier, pour se tenir régulièrement informés de l'évolution de l'état de santé des malades. Nous n'avons pas pu exploiter la fréquence de participation à ces staffs en raison d'un taux de réponse faible et vague pour certaines réponses.

Pour le même taux de réponse, presque 86% des médecins coordonnateurs enregistrent les événements médicaux, et plus que 91% tiennent à jour le dossier médical.

La majorité (plus de 76%) effectue des visites à domicile au cours de l'hospitalisation du malade. Nous n'avons pas pu exploiter, ici aussi, le nombre de visite effectuée par le médecin coordonnateur, les réponses étant vagues.

Toujours dans le cadre du suivi du patient, la majorité (plus de 56%) des médecins coordonnateurs participent à des staffs médicaux. Ce sont des staffs organisés par des spécialistes, demandeurs de l'hospitalisation à domicile et qui viennent discuter du dossier du malade avec le médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur assure la gestion des soins médicaux et para-médicaux auprès des professionnels concernés.

Aux vues de tous ces éléments, le médecin coordonnateur est en mesure de coordonner les soins avec le médecin traitant. Ils sont en contact permanent prêt à agir dans l'intérêt du malade.

D'autre part, le médecin coordonnateur prendra contact, le plus souvent, à la demande du médecin traitant, avec un spécialiste. C'est le patient qui bénéficie de cette coordination des soins de part la rapidité de l'offre en cas d'hospitalisation à domicile. Presque 73% des médecins coordonnateurs font appel à des spécialistes. Le médecin coordonnateur fait le lien entre le médecin traitant et le médecin hospitalier, qui est le plus souvent le demandeur de l'HAD, dans l'intérêt du malade.

Au sein de l'établissement

D'autre part et dès l'entrée du malade, presque 82% des médecins coordonnateurs établissent un projet thérapeutique. Le malade est pris en charge dans sa globalité, le suivi médical est assuré conjointement par le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le médecin hospitalier, le suivi social est assuré par le médecin coordonnateur en collaboration avec l'assistante social et le médecin traitant, et le suivi psychologique en collaboration avec la psychologue. Le devenir du malade est ainsi étudié dès son entrée, il y a bien sure un projet thérapeutique étudié par le médecin coordonnateur, en fonction des prescriptions faites par le médecin hospitalier, mais aussi des affections intercurrentes sur lesquelles le médecin coordonnateur et le médecin traitant interviennent en coordination. Il y a aussi la sortie du malade organisée donc par le médecin coordonnateur. Presque la totalité (90%) des médecins coordonnateurs élaborent un projet de devenir avec le médecin traitant et l'assistante sociale.

Parmi les autres tâches effectuées par le médecin coordonnateur, celui-ci se charge des courriers d'entrée et des courriers de sortie. Peu de médecins effectuent des courriers d'entrée, il y a plus de courriers de sorties effectués que de courriers d'entrée, ce qui assure au moins une trace complète de l'hospitalisation.

Les taches administratives

Le médecin coordonnateur se charge également de la gestion administrative de l'établissement. La majorité des médecins coordonnateurs s'occupe de la tarification à l'activité, gage de fiabilité et de responsabilité.

Très peu de médecins coordonnateurs assurent la gestion du personnel et encore moins la gestion des locaux.

Uniquement 18% des médecins coordonateurs s'occupent d'internes. Probablement les postes d'internes au sein des établissements d'HAD ne sont pas nombreux.

Dans les dernières circulaires concernant l'hospitalisation à domicile, a été mentionné l'utilité d'offrir des stages de formation pour les internes et les professions para-médicales. En ce qui concerne les stages des élèves infirmières et des aides soignantes, les stages dans les structures d'hospitalisation à domicile, ont été parfaitement intégrés. Ce qui n'est pas le cas malheureusement pour les internes.

D'autre part, nous avons voulu savoir si les médecins coordonnateurs participent *fréquemment, rarement, de temps en temps, ou jamais,* aux actions de développement des HAD.
Nous avons constaté que la majorité des médecins coordonnateurs (52%) participent *fréquemment* aux actions de développement des HAD.

Le médecin coordonnateur participe également au recrutement (80%) des malades de part sa spécialité. Presque 66% recrutent des malades ayant des pathologies en lien direct avec leur spécialité.

Concernant les certifications, nous avons voulu savoir si le médecin coordonnateur participe à des certifications, ainsi que le nombre de celles-ci ; la majorité (presque 42%) participe à tous les thèmes de certification.

Le médecin coordonnateur participe également à des Formation Médicale Continue (76%), il y a plus de médecins qui assistent (72%) que de médecins qui animent (63%) des FMC.

b- le personnel paramédical

Concernant les IDE, il est difficile de connaître le nombre exact des infirmières en équivalent temps plein, nécessaire pour un nombre de places données. La plupart des structures d'hospitalisation à domicile ont recours à des infirmières libérales. Le questionnaire précise seulement si oui ou non les établissements d'HAD ont recours ou pas à des professionnels libéraux, sans préciser le type de la profession (IDE, aides soignantes, kinésithérapeutes...). De même, le questionnaire nous indique le pourcentage des soins effectués par l'ensemble des professionnels libéraux sans préciser le pourcentage pour chacune des professions.

Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne les IDE salariées, pour 20 places ouvertes 8 IDE en équivalent temps plein travaillent. La courbe nous montre qu'un établissement, d'une capacité de 230 places a un équivalent temps plein d'IDE de 11. Cet établissement travaille avec des IDE libérales. Un autre établissement de 200 places possède 70 IDE. Celui-ci n'a pas recours à des IDE libérales.

Globalement, nous pouvons dire que la répartition des IDE en fonction du nombre de places ouvertes est homogène. Les établissements qui ont peu d'IDE salariées ont recours aux infirmières libérales.
Concernant les IDE libérales, elles sont en contact permanent avec le service d'HAD par l'intermédiaire des IDE coordonnatrices.

Pour les aides soignantes, leur répartition n'est pas proportionnelle au nombre de places ouvertes. Un établissement de 65 places a 110 aides soignantes en équivalent temps plein et les pathologies prises en charge dans cet établissement sont multiples avec une part un plus importante pour l'oncologie et la chimiothérapie.

Un autre établissement de 58 places a 68 aides soignantes en équivalent temps plein, là aussi les pathologies prises en charge sont variées mais avec une petite prédominance de gériatrie et de neurologie.

D'autre part, un établissement de 200 places ne possède que 20 aides soignantes salariées, ici les pathologies prises en charge ne nous ont pas été communiquées.

Un autre établissement de 230 places n'a pas d'aide soignante salariée, les pathologies prises en charge sont en majorité l'oncologie et la chimiothérapie.

Au total, il existe une inégalité dans la répartition des aides soignantes en fonction du nombre de places ouvertes.

Quand le nombre d'aides soignantes est insuffisant par rapport à la charge de travail, ce sont les IDE qui assurent les soins de nursing, en plus des soins infirmiers.

Concernant les kinésithérapeutes, il a été difficile d'effectuer comme pour les IDE et pour les aides soignantes, une courbe du nombre des kinésithérapeutes en équivalent temps plein, en fonction du nombre de places ouvertes. 18 réponses manquaient dont 12 ont recours à des kinésithérapeutes libéraux et dont on ignore l'équivalent temps plein.
Pour le reste, nous avons remarqué que très peu d'établissements ont recours à des kinésithérapeutes, puisque 30 établissements ne travaillent pas avec des kinésithérapeutes, 2 établissements travaillent avec de kinésithérapeutes à mi-temps pour un nombre de places ouvertes de 14 pour l'un et de 12 pour l'autre. Enfin, un établissement de 100 places ouvertes travaille avec un équivalent temps plein de 2,8.

Nous constatons donc que nos structures d'HAD sont pauvres en kinésithérapeutes.

Est-ce parce que les kinésithérapeutes deviennent rares ? Ou parce que le profil des pathologies prises en charge par ces établissements ne requiert pas la présence d'un kinésithérapeute ?
Il est difficile de regarder de plus près, pour les établissements ne travaillant pas avec des kinésithérapeutes, le profil des pathologies prises en charge pour donner une explication au faible nombre de kinésithérapeutes, puisque, et nous le verrons après, nous avons obtenu également, peu de réponses pour le profil des pathologies prises en charge dans chaque établissement.

Nous voulions aussi savoir si les établissements ont recours à d'autres professionnels para-médicaux. Dans cette rubrique et pour la question « autres » en équivalent temps plein, nous avons obtenu un bon pourcentage de réponse pour les assistantes sociales et les psychologues, ce qui nous a permis d'établir une courbe, pour montrer leur répartition en équivalent temps plein, en fonction du nombre de places ouvertes. Nous avons également obtenu des réponses, mais très faibles pour

l'équivalent temps d'autres professionnels. Certains établissements nous ont mentionnés par exemple l'équivalent temps plein de l'aide ménagère, de la pharmacienne, de l'informaticien, du comptable, de la diététicienne et enfin d'une auxiliaire de vie.

Le recours à des psychologues ou à des assistantes sociales démontre bien que la structure d'hospitalisation à domicile est un service médical à part entière. Il prend en charge le malade en son intégralité. Le développement accru de l'oncologie et plus spécialement des soins palliatifs en hospitalisation à domicile a fait en sorte que certains établissements ont embauché des psychologues.

Sur 51 questionnaires envoyés, 24 réponses manquaient, et pour le reste, le nombre de psychologues varie entre 0 et 2 en équivalent temps plein. Concernant les réponses manquantes, l'établissement a probablement recours à des psychologues libéraux.
Au total donc et sur les 27 établissements qui ont répondu à cette question, 16 établissements ont recours à des psychologues, le minimum étant de 0,25 et le maximum de 2 en ETP.

Globalement, la répartition des psychologues en fonction du nombre de places ouvertes est homogène ($p<0,0001$), bien qu'il existe une certaine inégalité pour certains établissements. Un établissement de 5 places ouvertes travaille avec un équivalent temps plein de psychologue de 0,3, un autre de 20 places travaille avec une psychologue de 0,25 d'équivalent temps plein. Un établissement de 125 places a un équivalent temps plein de psychologue de 1 et un autre de 200 places, un équivalent temps plein de 2. Nous n'avons pas obtenu de réponses pour l'établissement de 230 places qui a probablement recours à des professionnels libéraux puisqu'il a indiqué un pourcentage de soins des professionnels libéraux de 90 %.

Sur 51 questionnaires envoyés, 20 réponses manquaient pour les assistantes sociales, et pour le reste, le nombre des assistantes sociales en équivalent temps plein varie entre 0 et 3. Au total, sur les 31 établissements qui ont répondu à cette question, 15 établissements ont recours à des assistantes sociales, le minimum étant de 0,1 et le maximum de 3 en équivalent temps plein. Parmi les réponses manquantes, les établissements ont probablement recours à des assistantes sociales libérales. Puisque, encore une fois le pourcentage des soins pour les professionnels libéraux regroupent l'ensemble des soins. On ne connaît pas pour chacune des professions le pourcentage de soin exact.

Globalement, la répartition des assistantes sociales en fonction du nombre de places ouvertes est homogène ($p<0,0001$). Là aussi, il existe certaines inégalités, pour un équivalent temps plein de 2 correspond une HAD de 120 places et une autre de 58 places. Pour le reste la répartition reste homogène et au total, comme on l'a vu dans les courbes plus haut, la moyenne des assistantes sociales en équivalent temps plein est de $0,431 \pm 0,728$, pour une moyenne de nombre de places ouvertes de $37,078 \pm 45,233$.

Nous voulions aussi nous renseigner si les différentes structures d'HAD travaillent avec des professionnels libéraux. En effet, le travail en collaboration avec des professionnels para-médicaux libéraux a permis d'étendre le champ d'intervention des structures d'HAD, en permettant à des patients habitant loin de la zone géographique de l'établissement d'accéder aux avantages d'une hospitalisation à domicile. Le souhait émis dans la circulaire de décembre 2006 a été celui d'élargir l'accès à une hospitalisation à domicile aux zones rurales.

Au total, concernant le personnel para-médical des différentes HAD la répartition des IDE, des psychologues et des assistantes sociales est en grande partie

proportionnelle aux nombres de places ouvertes et ceci malgré le recours à des professionnels libéraux dont on ignore le pourcentage de soins pour chacune des professions. Par contre, la répartition des aides soignantes n'est pas proportionnelle aux nombres de places ouvertes. Et le recours à des kinésithérapeutes est très faible.

c - le profil des malades

Concernant les malades, nous nous sommes renseignés sur leur profil, pour les années 2004 et 2005.
La majorité des malades proviennent essentiellement des hôpitaux. Pour des taux de réponses variables, le profil des 2 années sur lesquelles a porté l'étude reste assez proche. D'autre part, les tableaux ont montré que la provenance des malades du domicile est plus élevée que celle des cliniques, ceci montre qu'il y a un recrutement de malades directement par le médecin traitant en voie de développement.
Certains d'entre eux proviennent de centres de convalescence ou même d'EHPAD.

Concernant les pathologies prises en charge, bien que le taux de réponse de l'an 2005 était plus important que celui de l'an 2004, globalement - en dehors de l'oncologie qui prend une place plus importante que les autres spécialités, et ce pour les deux années sur lesquelles a porté l'étude - le reste des pathologies, cardiologie, neurologie, orthopédie... reste proportionnellement et approximativement à part égale, reflétant bien la polyvalence de soins prises en charge en HAD. Un seul établissement est spécialisé dans l'oncologie à 100%.

Concernant l'âge des malades, nous avons obtenu un taux de réponses faible. Pour les années 2004 et 2005, la part des 16 – 75 ans est plus importante que les autres tranches d'âge. Et celle d'âge supérieur à 75 ans prend une place moindre que la tranche d'age 16 – 75 ans mais, assez conséquente par rapport aux âges inférieurs à 10 ans ou entre 10 et 16 ans.
La gériatrie prend donc une bonne place dans l'hospitalisation à domicile.
Notons aussi qu'il existe des HAD spécialisées dans la pédiatrie.

Concernant le devenir des malades et pour des taux de réponse assez proche pour les années 2004 et 2005, les malades se répartissent presque à part égale entre réhospitalisation, décès et poursuite des soins à domicile sous l'aide du médecin traitant. Donc, plus des deux tiers sont soit hospitalisés soit décédé. L'HAD prend donc en charge des malades ayant une pathologie lourde. Le tiers restant va soit nécessiter et pour une faible part, des soins ponctuels de nursing par les SSIAD ou, soit ne plus nécessiter de soins para-médicaux, mais une surveillance simple de la part de leur médecin traitant. L'HAD prend donc aussi en charge des pathologies aiguës nécessitant des soins ponctuels.

Enfin dans la dernière partie du questionnaire, nous avons laissé aux différents médecins coordonnateurs, la possibilité de préciser, si oui ou non ils souhaitaient que leur statut soit modifié, sous forme d'un texte libre.
Nous avons obtenu au total 33 réponses. 18 médecins coordonnateurs, soit 54,5%, souhaitent que leur statut change. Ils aimeraient avoir plus de liberté de prescription, et avoir plus de temps pour faire des visites à domicile. 15 médecins coordonnateurs, soit 45,5%, préfèrent garder le même statut.

VI- CONCLUSION

L'hospitalisation à domicile permet à un certain nombre de patients d'être soignés à leur domicile, auprès de leurs proches et ce quelque soit la pathologie initiale.
Le médecin coordonnateur constitue le pilier d'une structure d'hospitalisation à domicile. En effet, c'est ce dernier qui décide de la possibilité ou non d'une prise en charge en HAD. Il est ensuite impliqué étroitement dans le suivi médical et paramédical de chaque patient.

Cependant, il est difficile de suivre à distance un malade «virtuel » qui ne se trouve pas à quelques pas du bureau du médecin, comme c'est le cas dans un service d'hospitalisation classique qui ne bénéficiera ni d'une présence médicale et paramédicale permanente, ni de la facilité d'accès aux examens complémentaires ou encore à un soin d'urgence.

Le rôle principal du médecin coordonnateur est la coordination des soins.
Le médecin coordonnateur suit régulièrement l'état de santé de chaque patient ; il peut intervenir en cas de besoin, mais toujours avec l'accord du médecin traitant.
Intervenir alors que le malade est à son domicile n'est pas à chaque fois une tâche facile, d'autant plus que le médecin coordonnateur n'est pas le médecin traitant. Et pourtant, il est médecin, il se doit donc d'agir en cas de nécessité avec l'aide du personnel paramédical, afin d'optimiser la prise en charge d'un patient inaccessible pour lui.

La présence d'un médecin coordonnateur dans une structure d'hospitalisation à domicile doit permettre d'avoir un service médical à part entière. L'enquête que nous avons menée auprès des services d'hospitalisation à domicile en métropole, a montré qu'une grande partie des médecins coordonnateurs s'implique beaucoup

dans le suivi médical. Ils sont les garants de la meilleure prise en charge possible en hospitalisation à domicile, toujours en lien avec le médecin traitant.

D'autre part, un bon nombre de médecins coordonnateurs participe au développement des structures d'hospitalisation à domicile. En effet, le médecin coordonnateur a une incidence sur le recrutement. Si ce dernier est spécialiste, la pathologie des patients recrutés est en lien avec sa spécialité et il a ipso facto la double casquette de médecin prescripteur spécialiste et de médecin coordonnateur. Il va donc se trouver face à un malade pour lequel ce sera lui qui donnera les indications thérapeutiques au médecin traitant et qui fera les modifications éventuelles et ce sans pouvoir aller au domicile. Dans ce cas précis, la nécessité est grande de préciser le rôle de chacun afin d'éviter les redondances et les doubles avis ou visites.

Il ne faut pas non plus oublier que le médecin coordonnateur s'implique aussi dans la certification. Il a également un rôle « administratif » ; codage de la T2A, gestion des locaux, gestion du personnel....

Et toujours dans le cadre de son implication dans le développement de l'HAD, il participe à des formations médicales continues.

Le rôle du médecin coordonnateur est donc primordial pour une structure d'HAD.

Toutefois ses possibilités d'intervention sont encore, malgré tout limitées, de par la réglementation française en vigueur, qui jusqu'à ce jour, ne permet pas au médecin coordonnateur d'intervenir directement auprès du malade tant en ce qui concerne les prescriptions qu'en ce qui concerne le suivi à domicile, ce qui conduit à le considérer plus comme un observateur des décisions prises par d'autre, décisions qui auront automatiquement une incidence financière, alors qu'il est impliqué par ailleurs dans la maîtrise des dépenses avec des schémas de T2A dégressifs.
Il faudra donc nécessairement un jour mettre fin à ce paradoxe en ménageant au mieux d'une part les susceptibilités et d'autre part l'efficience thérapeutique.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerais mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole, et que je me parjure, puisse- je avoir un sort contraire

ANNEXE 1 LISTE DES ETABLISSEMENTS AYANT REPONDU ET DONT LES REGIONS ONT ETE ANALYSE DANS CETTE THESE (ordre de classement par département)

02 - TEMPS DE VIE HAD SAINT QUENTIN
02 - ASSOCIATION MEDICO SOCIALE ANNE MORGAN SOISSONS
03 - CH MOULIN
03 - HAD DE VICHY
06 - CH CANNES
08 - MUTUALITE FRANCAISE SERVICE HAD ARDENNES
13 - CHPA AIX EN PROVENCE
13 - INSTITUT PAOLI CALMETTE
13 - SERVICE HAD ET SSIAD LA CIOTAT
14 - CH AUNAY SUR ODON
14 - HAD DE BAYEUX
14 - CROIX ROUGE FRANÇAISE SERVICE D'HAD CAEN
15 - CHG HENRI MONDOR AURILLAC
16 - SANTE SERVICE CHARENTE
19 - SERVICE HAD TULLE
21 - CENTRE GEORGES FRANCOIS LECLERC DIJON
21 - FEDOSAD DIJON
22 - CH PIERRE LE DAMANY LANNION
22 - SERVICE HAD PONTARLIER
26 - SERVICE HAD CREST
29 - CHIC QUIMPER
31 - SANTE RELAIS TOULOUSE
31 - SERVICE HAD TOULOUSE
33 - HOPITAL SUBURBAIN DU BOUSCAT
33 - MAISON PROTESTANTE DE BAGATELLE TALENCE
35 - HAD DE SAINT MALO
35 - HAD DE RENNES
36 - CH CHATEAUROUX
40 - SANTE SERVICE DAX
42 - HAD ROANNE
44 - CH SERVICE HAD SAINT NAZAIRE
49 - HOPITAL A DOMICILE ANGERS
51 - HAD REIMS
56 - HAD DEVANNES
57 - HOPITAL SAINT BLANDINE HAD DE METZ
59 - SANTELYS LILLE
60 - CHG BEAUVAIS
60 - ASSOCIATION COORDINATION SANITAIRE ET SOCIALE CREIL
61 - HAD ALENCON
62 - HAD BRUAYA LA BUISSIERE
63 - HAD PUY DE DOME
64 - SANTE SERVICE BAYONNE
68 - AHDCA COLMAR
69 - SOINS ET SANTE LYON
75 - CROIX SAINT SIMON
79 - HAD SAINT MAIXENT

79 - HOPITAL LOCAL SERVICE HAD STRASBOURG
80 - SANTE SERVICE AMIENS
81 - CHIC CASTRES
84 - CHI CAVAILLON
85 - MAISON DE LA SANTE HAD DE VENDEE

ANNEXE 2 QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX DIFFERENTS ETABLISSEMENTS

Melle ABSSI Cherine
Interne en médecine générale
Tel : 0614591548

Limoges le

Cher confrère, Chère Consoeur,

J'ai choisi comme sujet de thèse de Doctorat en Médecine le rôle et la place du médecin coordonnateur en HAD.

Suite à un stage de six mois que j'ai effectué dans le service d'HAD du CHU de Limoges, j'ai pu me rendre compte que ce poste pouvait s'exprimer de différentes manières, mais de façon variable selon les circonstances mais aussi les HAD. C'est pourquoi j'aimerais asseoir ma réflexion finale sur le maximum de pratique effectuées en France.

Ceci me conduit à vous demander de bien vouloir passer quelques instants de votre temps à répondre au questionnaire suivant que vous voudrez bien me retourner dans l'enveloppe jointe dans un délai de deux mois.

Lorsque ma thèse sera terminée je me ferais un plaisir de vous envoyer par mail les résultats de cette enquête effectuèe auprès des cent cinquante HAD de France.

En vous remerciant de votre participation je vous prie Cher Confrère Chère Consoeur, de croire à mes salutations les plus profondes.

- **Etat des lieux :**

HAD de :.....
Adresse postale (ou tampon) :
.....
.....
.....
Numéro de téléphone :.....
Adresse E-mail :.....

Nom, prénom, qualité de la personne répondant au questionnaire :.....
.....

Votre HAD a-t-elle un médecin coordonnateur ? (cocher la bonne case)
Oui ☐ Non ☐
Si oui depuis quel date ?.....

Quelle est sa spécialité ?
- Généraliste à mi-temps ☐
- Praticien hospitalier à mi-temps ☐ Spécialité :.....
- Généraliste à temps plein ☐

Le médecin coordonnateur est-t- il en même temps chef de service ou directeur ?
oui☐ non☐

Nombre d'équivalents temps plein du médecin coordonnateur
ETP :.....

Statut de ce médecin :
- Titulaire ☐
  ETP :.....
- Contractuel ☐
  ETP :.....

(y compris interne s'il y en a)
- Vacataire ☐ ETP :.....
- Autres ☐ ETP :.....

- **Statut de l'HAD :**

Privé ☐
Public ☐
Associative ☐
PSPH ☐
Autres ☐

Nombres de places autorisées :.....

Nombres de places ouvertes :.....

- **Le personnel :**

Nombre de personnes participant à la coordination en ETP :
Médecin :..... cadre :..... Administratif :.....
IDE coordinatrice :.....
Nombre de personnel de direction (hors médecin coordonnateur et hors IDE coordonnatrice) :.....
Nombre de secrétaires :.....
Nombre d'infirmières travaillant dans le service.....
Autres personnels : Aides soignantes :.....
Masseur kinésithérapeute :.....
Autres :.....

Utilisez-vous des professionnels paramédicaux libéraux :
Oui ☐ Non ☐

Pour quel pourcentage de soins environ ?
-100% ☐
-75% ☐
-50% ☐
-25% ☐
-0% ☐

- **Concernant les malades**

Nombre de malades pris en charge en moyenne par jour
En 2004 :.....
En 2005 :.....
Nombre d'entrées
En 2004 :.....
En2005 :.....

Pathologies prises en charge en %	en 2004	en 2005
Suite d'orthopédie	.....	.....
Cancérologie	.....	.....
Chimiothérapie	.....	.....
Pathologie cardiovasculaire	.....	.....
Neurologie	.....	.....
Gériatrie	.....	.....
Autres	.....	.....

Provenance des malades en %	en 2004	en 2005
Domicile	.....	.....
Clinique	.....	.....

Hôpital ....
Autres :(EPHAD.....)

Délai d'attente de prise en charge d'un malade en HAD (en dehors des entrées programmées)

48 heure ☐
72 heure ☐
Plus ☐

Age des malades en%	2004	2005
Inférieur à 10 ans	.....	.....
Entre 10 et 16 ans	.....	.....
Entre 16 et 75 ans	.....	.....
Supérieur à 75 ans	.....	.....

Nombre d'entrée en moyenne sur une semaine :

En 2004 :.....
En 2005 :.....

Durée moyenne de séjour

En 2004 :.....
En 2005 :.....

Taux d'occupation

En 2004 :.....
En 2005 :.....

- **Devenir des malades :**

En %	en 2004	en 2005
Recours aux SSIAD	.....	.....
Ré hospitalisation	.....	.....
Décès	.....	.....
Poursuite des soins à domicile hors SSIAD et HAD	.....	.....

Si ré hospitalisation, délai de ré hospitalisation :..... .....

- **Rôle du médecin coordonnateur :**

Fait- il les actes suivant ?

1-Visite des malades à domicile en pré admission oui ☐ non ☐
2-Visite des malades en milieu hospitalier en pré admission oui ☐ non ☐
3-Appel du médecin traitant pour avoir son accord sur une hospitalisation à domicile oui ☐ non ☐
4- Tenue du dossier médical oui ☐ non ☐
5-Enregistre sur le dossier du malade des événements médicaux ou autres s'étant passé pendant le séjour oui ☐ non ☐
6-Gestion des soins médicaux oui ☐ non ☐

7-Gestion des soins paramédicaux oui ☐ non ☐
8-Coordination des soins avec le médecin traitant oui ☐ non ☐
9-Elaboration avec le médecin hospitalier prescripteur et le médecin traitant un projet thérapeutique oui ☐ non ☐
10-Fait appel si nécessaire à un avis spécialisé oui ☐ non ☐
11-Participe au staff infirmier oui ☐ non ☐
Si oui combien de fois par semaine :.....
12-Autres staffs oui ☐ non ☐
13-Fait des visites à domicile oui ☐ non ☐ oui ☐ non ☐
Si oui combien de fois par semaine :.....
14-Fait le codage de la T2A oui ☐ non ☐
15-Elabore un projet de devenir en concertation avec le médecin traitant et l'assistante sociale oui ☐ non ☐
16-Participe à la formation médicale continue sur l'HAD oui ☐ non ☐
en assistant à des réunions oui ☐ non ☐
en animant des réunions oui ☐ non ☐
17-Fait le courrier médical
Entrée oui ☐ non ☐
Sorties oui ☐ non ☐
18-Donne des taches administratives
Gestion du personnel oui ☐ non ☐
Gestion des locaux oui ☐ non ☐
Encadrement des internes oui ☐ non ☐
19-Participe à des actions de développement de l'HAD sur le plan local
Fréquemment ☐ rarement ☐ de temps en temps ☐ jamais ☐
20-Participe à la demande de certification oui ☐ non ☐
Combien de thème :
Tous ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
21-Participe directement au recrutement de malade en HAD oui ☐ non ☐
Du fait de sa spécialité oui ☐ non ☐

Concernant la gestion des soins médicaux ; fait il lui-même :
Des prescriptions de biologie oui ☐ non ☐
Des prescriptions d'examens complémentaires (imagerie) oui ☐ non ☐
Des modifications de prescription oui ☐ non ☐
Des substitutions de médicaments oui ☐ non ☐
Des prescriptions de toxique oui ☐ non ☐
Des prescriptions d'examens complémentaires spécifiques oui ☐ non ☐
(exemple enregistrement de sommeil)

Fait-il lui-même appel aux psychologues oui ☐ non ☐
aux ergothérapeutes oui ☐ non ☐
aux diététiciennes oui ☐ non ☐
aux kinésithérapeutes oui ☐ non ☐
aux orthophonistes oui ☐ non ☐
à des unités mobiles spécialisés :
gériatrie ☐ soins palliatifs ☐ douleurs ☐ autres ☐

A votre avis que pensez-vous qu'il serait souhaitable qu'un médecin d'HAD puisse faire?

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

BIBLIOGRAPHIE

AGHA BABEI Syamak. Les indications de l'hospitalisation à domicile à partir d'un service d'accueil des urgences
Thèse d'exercice. Médecine. Strasbourg. 2006

ANAES [Agence Nationale d'Accréditation et d' Evaluation en Santé]. Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile. Sept 2003.

BAILLET Christelle. Organisation et évaluation de la chimiothérapie dans le cadre d'une hospitalisation à domicile en Languedoc-Roussillon.
Montpellier 1. 2000

BASTILLE Isabelle. Hospitalisation à domicile des malades sidéens ; bilan de la première année à Toulouse.
Thèse d'exercice. Médecine. Toulouse. 1993

BRELIVET Gaëlle. L'hospitalisation à domicile. Enquête auprès des médecins généralistes de Saint-Nazaire.
Thèse d'exercice. Médecine générale. Nantes. 1998

CALLOT Richard. L'hospitalisation à domicile à but non lucratif : exemple de santé service limousin
Thèse d'exercice. Médecine. Limoges 1992

CHARRIE Jean-Christophe. Place et rôle du médecin généraliste au sein de l'hospitalisation à domicile : expérience rochelaise
Thèse d'exercice. Médecine. Poitiers. 1998

Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 du ministère de l'emploi et de la solidarité, relative à l'hospitalisation à domicile.

Circulaire DHOS/O/ N°44 du 4 février 2004 du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, relative à l'hospitalisation à domicile.

Circulaire N° DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 du ministère de la santé et des solidarités, relative à l'hospitalisation à domicile.

CLARIS Stephan. Enquête menée auprès des médecins généralistes afin d'évaluer leur satisfaction vis à vis d'une structure d'hospitalisation à domicile : l'HAD 63
Thèse d'exercice. Médecine. Clermont Ferrand 1. 2007

CLAUS Pascal. Etude préliminaire des urgences en hospitalisation à domicile.
Thèse d'exercice. Médecine. Paris 6, Saint-Antoine. 1991

COINTEPAS Béatrice. Filières de soins : un exemple de coordination entre service d'hospitalisation nantais soins de suite et de réadaptation et hospitalisation à domicile. A partir de bilan de 4 années (1995-1998)
Thèse d'exercice. Médecine. Nantes. 1999

Complément au manuel d'accréditation : hospitalisation à domicile / ANAES
Spécificités des prises en charge en HAD, notamment information du patient, de son entourage, la question de la confidentialité, la coordination et la continuité entre professionnels, l'approvisionnement et la maintenance des matériels
Publié en 2003. 41 pages - Document libre d'accès
Domaine : ECONOMIE DE LA SANTE, HOPITAUX / ETABLISSEMENTS DE SOINS

Comité de Pilotage HAD. Réunion du 12 mai 2006, Ministère de la Santé et des Solidarités

DAVY Christine. Le vécu du conjoint lors de la prise en charge par l'hospitalisation à domicile d'un patient en situation palliative décédé à domicile
Thèse d'exercice. Médecine. Rennes 1. 2005

ELAROUTI Mohamed. L'hospitalisation à domicile des personnes âgées.
Thèse d'exercice. Médecine. Aix Marseille 2. 1996

FEHAP [Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privé]. Compte rendu MT2A - Comité de pilotage HAD du 11 juillet 2007

FERRE Marie-Charlotte. Prise en charge en hospitalisation à domicile de l'occlusion intestinale non opérable chez des patients en phase avancée d'un cancer : à partir d'une revue de la littérature et de trente dossiers cliniques
Thèse d'exercice. Médecine. Grenoble 1. 2005

GAMARD-HODEE Nathalie. Collaboration d'un service d'hospitalisation à domicile dans la prise en charge des patients en de vie : l'expérience vichyssoise.
Thèse d'exercice. Médecine. Clermont Ferrand 1. 1999

GARCIA Gilles. L'hospitalisation à domicile, état actuel, projets de réformes et émergence de nouvelles perspectives de carrière pour le médecin généraliste
Thèse d'exercice, Médecine générale. Aix Marseille 2. 2002

GOETZ Yann. Apport de l'hospitalisation à domicile chez les patients souffrant de douleurs d'origine cancéreuse : étude de 30 cas et revue de la littérature
Thèse d'exercice. Médecine. Paris 5. 1990

GREJON Laure. Les patients et leurs pathologies pris en charge, en médecine générale, dans le cadre du service d'hospitalisation à domicile de Tours et de son agglomération entre 2002 et 2004 : utilisation de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM10)
Thèse d'exercice. Médecine. Tours. 2007

GUERAUD Marie-Laurence. Hospitalisation à domicile à Marseille : aspects organisationnels et économiques.
Thèse d'exercice. Médecine. Aix Marseille 2. 1993

HAMMOUCHE Brahim. Médecins généralistes et hospitalisation à domicile : réflexions à propos d'une enquête en région Lorraine.
Thèse d'exercice. Médecine. Nancy 1. 2003

JOURDAIN Delphine. Un service d'hospitalisation à domicile en centre hospitalier général : avantages et limites : à propos de l'expérience du centre hospitalier "Jacques Monod" de Flers-de-l'Orne
Thèse d'exercice. Médecine. Caen. 2006

KHUN Jean-Philippe, SALOMON Christine. Evaluation médicale et économique de l'hospitalisation à domicile au CHU de Grenoble : étude de faisabilité en traumatologie et cancérologie.
Grenoble, 1992

KRAKOWIAK Catherine. Etude rétrospective sur l'évaluation de la qualité des soins palliatifs donnés à domicile auprès des 112 familles de patients décédés en hospitalisation à domicile à Grenoble.
Thèse d'exercice. Médecine. Grenoble 1. 1993

LAMBERT Tony. L'hospitalisation à domicile : un champ d'activité spécifique pour le médecin généraliste : réflexion à partir de l'expérience du service d'HAD de la région de Lens.
Thèse d'exercice. Médecine. Lille 2. 2001

LEFEVRE Véronique. Hospitalisation à domicile de la personne âgée : bilan et perspective sur la région lyonnaise.
Thèse d'exercice. Médecine. Lyon 1. 1991

LELU Patrick. Le médecin généraliste et l'hospitalisation à domicile.
Thèse d'exercice. Médecine. Aix Marseille 2. 2001

LEVEQUE Véronique. Etude sur la création d'une hospitalisation à domicile : à propos de l'expérience de Coulommiers.
Thèse d'exercice. Médecine. Paris, Bobigny. 2000

MEDIONI Jacques. Enquête pilote et réflexion sur les besoins et les difficultés des médecins généralistes, des structures d'hospitalisation à domicile et des patients dans la pratique des soins palliatifs à domicile.
Thèse d'exercice. Médecine. Paris 6, Broussais. 1997

MONTICELLI Caroline. L'hospitalisation à domicile en Midi-Pyrénées : état des lieux et réflexions.
Thèse d'exercice. Médecine. Toulouse 3. 2000

OLLIVIER CHEVASSUS Armelle. L'hospitalisation à domicile en questions.
Thèse d'exercice. Médecine. Limoges. 1998

PINA Candida. L'hospitalisation à domicile bilan en France exemple de Santé Service Limousin articulation avec des réseaux de soins dans la prise en charge de la personne âgée.
Thèse d'exercice. Médecine. Limoges 2000

POLLEZ B. 18 mois de nouvelle modalité de service MPR : vivre la rééducation et la réadaptation fonctionnelles à domicile en collaboration pluridisciplinaire ville-hôpital
Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, Volume 40, Issue 6, 1997, Page 458

RAVENEAU Anne-laure. Prescrire l'hospitalisation à domicile : motivations et réticences des médecins généralistes. Double enquête des prescripteurs et non prescripteurs : étude des patients admis en HAD sur proposition des généralistes, dans le secteur de l'HAD de Tours
Thèse d'exercice. Médecine. Tours. 2003

ROUBERTOU Catherine. L'hospitalisation à domicile à Mulhouse.
Thèse d'exercice. Médecine. Strasbourg 1. 1994

ROULANT Valérie. Médecin généraliste, acteur de l'hospitalisation à domicile.
Thèse d'exercice. Médecine. Aix Marseille 2. 1997

ROUSSIASSE Sandrine. Hospitalisation à domicile en Sarthe : enquête auprès des médecins généralistes du Mans et de sa communauté urbaine
Thèse d'exercice. Médecine générale. Angers. 2002

SCHAEFFER-FERNANDEZ Catherine. Hospitalisation gériatrique à domicile : confrontation du projet à la réalité clinique : à propos de 59 patients.
Thèse d'exercice. Médecine générale. Strasbourg 1. 2002

SCHMITT Yann. Intérêt de l'hospitalisation à domicile : réflexions à partir d'une expression originale en Lorraine
Thèse d'exercice. Médecine. Nancy 1. 2003

SENTILHES Angélique. La prise en charge de la fin de vie dans le cadre de l'hospitalisation à domicile : étude qualitative auprès des patients, de leur famille et des soignants
Thèse d'exercice. Médecine. Aix Marseille 2004

Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile
Nutrition Clinique et Métabolisme, Volume 15, Issue 1, 2001, Pages 32-70

Soins impossibles à domicile: Impression médicale ou diagnostic ?
Réanimation Urgences, Volume 3, Issue 4, 1994, Pages 421-424
C. Sanchez-Menegay, B. Mermillod, B. Vermeulen, P.-F. Unger and H. Stalder à genève

La transfusion à domicile ? Une alternative à l'hôpital de jour
Transfusion Clinique et Biologique, Volume 3, Issue 4, 1996, Pages 235-239
S. Idri, M.P. Catoni, H. Si Ali, R. Patte, J. Brière, J. Baudelot and F. Courtois

TRIBOULEY Fabienne. Réflexions sur la prise en charge d'un mourrant en hospitalisation à domicile. Thèse d'exercice. Médecine. Aix Marseille 2. 1993

BON A IMPRIMER N° 3166

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) sont constitués de façon variable. Il existe une structure de coordination (médecins, cadre infirmiers, infirmières secrétaires et administratifs) à laquelle s'ajoute une équipe soignante composée de salariées ou de libéraux. Il permet une prise en charge médicale complète pour un malade donné, à son domicile, quelque soit sa pathologie, comme c'est le cas dans un service d'hospitalisation classique. Un médecin appelé médecin coordonnateur assure la présence médicale dans le service et constitue le pilier de la structure. Il assure le suivi médical régulier de chaque patient et doit intervenir, en cas de besoin, toujours en accord avec le médecin traitant, qui reste le principal prescripteur.

Nous avons mené une enquête auprès de 51 établissements d'HAD en métropole. Cette enquête a permis d'établir un état des lieux des différentes structures. Elle a également permis de faire le point sur les différentes tâches accomplies par le médecin coordonnateur. Celui-ci est fortement impliqué dans le suivi des malades, mais ses possibilités d'intervention restent encore limitées, de part la réglementation française en vigueur.

TITRE en anglais

The role of the co-ordinating doctor within the home hospitalisation system.

RESUME en anglais

The make-up of home Hospitalisation Services varies. The main co-ordinating framework (doctors, nursing staff and administrative staff) is supported by a caring team made up of salaried nursing staff or self employed nursing staff. This provides full medical care of any patient in his own home, whatever his pathology, as is the case within a hospital department. A doctor called, "co-ordinating doctor", ensures medical supervision within this home hospitalisation service and is the key element of the framework. He is responsible for the regular medical follow-up of each patient and must act, if required, and always in agreement with the patient's general practioner who retains overall authority.

We have carried out a survey with 51 home hospitalisation services in mainland france. This survey has provided a status report on different organisations. It has also enabled us to take stock regarding the various tasks undertaken by the co-ordinating doctor. He is heavily involved in the follow-up of patients, but his intervening powers are still limited, because of current French rules.

DISCIPLINE – SPECIALITE DOCTORALE : médecine générale

MOTS-CLES

HOSPITALISATION A DOMICILE, MEDECIN COORDONNATEUR, MEDECINE POLYVALENTE, COORDINNATION DES SOINS

Service d'Hospitalisation à domicile – Le Gain – 87170 ISLE