



Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : 2015-2016

La performance de l'HAD en Bretagne : Quels leviers pour son développement ?

Caroline Geneau

07/07/2016

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens à remercier, tout d'abord, M. Penhouët, Dr Zamparutti, M. Le Guen pour leur confiance, pour m'avoir permis de travailler au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne et de m'avoir donné la possibilité de vivre mon stage en partie au siège et en partie à la délégation départementale du Morbihan.

Par ailleurs, je remercie très sincèrement Mme Muzellec-Kabouche, directrice de la délégation départementale du Morbihan (DD 56), de m'avoir accueillie et accompagnée lors de ce stage. Je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnée au sein de la DD 56 : Mme Galipot, Mme Gourmelon, Mme Hardi, Mme Laurent, M. Labbay, Mme Le Fresne, Mme Le Gall, Mme Le Rebeller, Mme Mahé, Mme Nicolas, Dr Nivelet, et l'ensemble du personnel de la délégation départementale ainsi que les personnes du siège à Rennes, pour leur accueil et leur gentillesse. Leurs connaissances fines du terrain ont été une ressource importante pour appréhender au mieux la transversalité du sujet.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté d'être interviewées et qui ont donné du relief à ce travail.

Un remerciement très chaleureux à l'équipe pédagogique du Master PPASP et notamment à M. Arnaud Campéon pour avoir su trouver les mots justes, pour sa disponibilité et ses qualités pédagogiques.

Je remercie ma famille, pour son soutien durant ces deux années d'études.

S o m m a i r e

Introduction	1
Première partie I : Analyse du développement de l'HAD en Bretagne :	9
Existe t-il une relation entre la performance et les organisations des	9
HAD ?.....	9
Chapitre 1 : L'évolution de l'HAD	11
A. Le paradigme de l'HAD.....	11
B. L'offre de soins HAD en Bretagne	13
C. Les critères d'admission et l'importance du codage	18
Chapitre 2 : L'utilisation de l'HAD en Bretagne	20
A. Les soins palliatifs et le regard de l'utilisateur	21
B. L'utilisation de l'HAD par les prescripteurs d'établissements publics et privés	24
C. Les médecins libéraux et l'HAD.....	26
Chapitre 3 : Analyse des forces et les faiblesses de l'HAD en Bretagne	28
A. La pluridisciplinarité et la fonction de coordination : un atout	29
B. Une législation favorable	30
C. Les faiblesses : les sources de tension entre acteurs	31
Chapitre 4 : Les freins au développement de l'HAD en Bretagne	35
A. La communication, externe aux établissements HAD	37
B. Le délai de prise en charge HAD	38
C. La relation avec l'HAD	42
Deuxième partie. L'hypothèse d'une stratégie HAD : Comment se recentrer sur le patient ?	45
Chapitre 1. Un modèle de changement	47
A. Définition du marketing hospitalier	47
B. La communication interne.....	49
C. Le magnet Hospital et l'attractivité.....	50
Chapitre 2. Différentes hypothèses sur l'organisation interne	53
A. Les professionnels HAD	53
B. La formation en HAD	57
C. Etre reconnu comme établissement de santé HAD	59
Chapitre 3 : Quelques propositions au développement de l'HAD.	61

A. Les opportunités territoriales.....	61
B. Avoir une stratégie régionale ?.....	64
C. Les préconisations nationales et régionales.....	65
Conclusion.....	68
Bibliographie	I
Liste des annexes.....	V
Annexe 1 : Sondage IFOP : Les français et la mort 2010. Disponible sur internet.....	VI
Annexes 2 : Entretien avec l'HAD 1, le 20/04/2016 (1h52)	VII
Annexe 3: Plaquette HAD créée par l'ARS de Bretagne	XXIV
Annexe 4 : exemple de brochure d'un prestataire	XXVIII
Annexe 5 : Focus sur le PRADO.....	XXX

Liste des sigles utilisés

ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS :	Agence Régional de Santé
ATIH :	Agence Technique de l'Information Hospitalière
CH :	Centre hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DU :	Diplôme Universitaire
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CLS :	Contrat Local de Santé
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS :	Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
GHT :	Groupements Hospitaliers de Territoire
GTR :	Groupe Technique Régional
HAD :	Hospitalisation A Domicile/Hôpital à domicile
HAS :	Haute Autorité de la Santé
IDELI :	Infirmière Diplômée d'Etat de Liaison
IK :	Indice de Karnofsky
MCO :	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MPA :	Mode de Prise en charge Associé
MPP :	Mode de prise en charge Principal
PRS :	Projet Régional de Santé
PSAD :	Prestataire de Santé A Domicile
PTA :	Plateforme Territoriale d'Appui
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile

« La performance n'est pas en soi facteur de stress si elle mobilise les moyens adaptés à l'action sans compromettre la santé des contributeurs. Cela m'amène tout de suite à préciser que le management par le seul résultat ne suffit pas. [...] D'ailleurs quelle mobilisation obtenir sans recherche de résultats, sans objectifs ? Mais ce type de management est évidemment incomplet s'il n'embarque pas le second compartiment de la performance à savoir, le comment. Comment nous organisons-nous, comment nous mettons-nous en action pour être au niveau de performance attendue ? Comment mobiliser les acteurs ? Comment préserver le lien au résultat, au livrable ? (Larsenty et *al.* p186)

Introduction

L'actualité nationale et bretonne de ce premier semestre 2016 est dense autour de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) : « L'hospitalisation à domicile sous-utilisée »¹ ; « La Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) dépeint une « multitude » de « petits freins » à l'essor de l'hospitalisation à domicile »² ; « Les syndicats divisés sur l'intérêt de l'HAD »³ ; « Les établissements de santé doivent réaliser près d'un milliard d'euros d'économies »⁴ ; « L'hospitalisation à domicile monte en puissance »⁵ et prouve un certain intérêt actuel pour l'HAD.

L'Hospitalisation à Domicile intervient auprès des « *malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, qui en l'absence de prise en charge HAD seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement* ». ⁶ La Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) définit les interventions de l'HAD par leur complexité, leur durée ponctuelle et l'intensité des actes. ⁷

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des maladies chroniques dégénératives (de type Alzheimer) et engendrent une perte d'autonomie ; les comportements à risques (tabagisme, alcoolisme, suicide etc.) participent aussi à une mortalité prématurée qui représente 20% des décès (Raimondeau J., p159) en France et enfin, l'évolution des techniques chirurgicales et médicales permettent aujourd'hui, un retour à domicile plus précoce. S'ajoute le souhait de 81% des français de passer leurs derniers instants chez eux (Annexe 1). Ce constat de l'état de santé des français et de ce souhait, nécessitent des modifications dans notre système de santé et l'adaptation de la prise en charge à domicile.

¹ Lavorel A. « L'hospitalisation à domicile sous-utilisée ». Journal l'Opinion, 26 Janvier 2016, p6.

² Dépêche APM. « La FHP dépeint une « multitude » de « petits freins » à l'essor de l'hospitalisation à domicile ». Paris, 25 Mars 2016

³ Dépêche APM. « Les syndicats de médecins divisés sur l'intérêt de l'HAD (audition de la Mecss) ». Paris le 8 Avril 2016.

⁴ Neulat-Isard S. « Les établissements de santé doivent réaliser près d'un milliard d'euros d'économies »⁴. Dépêche APM. Paris le 13 mai 2016.

⁵ Guilmo L. « L'hospitalisation à domicile monte en puissance ». Ouest France. Editions : Concarneau, Centre-finistère, Quimper, Quimperlé, Nord-Finistère. Parue le 12 avril 2016.

⁶ ARS Bretagne : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Hospitalisation-a-domicile-HA>

⁷ FNEHAD. <http://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad>

Le système de santé, financé par les cotisations sociales prélevées sur les revenus et les impôts, fait face au taux de chômage actuel ainsi qu'à l'augmentation des dépenses de santé. Alors, une maîtrise des dépenses par l'offre de soin, par la demande et à travers la régulation des dépenses de santé, sont des réponses apportées par les décideurs politiques afin de conserver l'accès aux soins pour tous. Ainsi, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) fixé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) est le contexte économique dans lequel le développement de l'HAD va évoluer.

Le développement de l'HAD répond alors à trois nécessités : offrir une prise en charge aux patients qui souhaitent être soignés à domicile, éviter ou raccourcir les séjours en hospitalisation traditionnelle dans un contexte de tensions des hôpitaux et développer des soins techniques de qualité au domicile du patient.

Pour mener la politique du développement de l'HAD au niveau régional, L'Agence Régionale de Santé (ARS) est, depuis la Loi HPST du 21 juillet 2009, l'autorité responsable de la bonne répartition de l'offre de soins, pour un accès aux soins pour tous. L'ARS doit alors, renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé afin d'adapter au mieux les réponses aux besoins spécifiques locaux.⁸ Ainsi, dans le cadre de l'HAD, en lien avec la stratégie nationale de santé, le Projet Régional de Santé (PRS) privilégie le développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle. La priorité nationale que représente l'évolution de l'HAD, en rapport avec la Circulaire du 4 décembre 2013, explique l'élaboration d'un plan d'actions HAD par l'ARS Bretagne, avec pour objectif national un taux de recours à **30-35 patients/jour/ 100 000 habitants** à visée 2018.

Fin 2015, la Cour des Comptes, dans son rapport sur les évolutions récentes de l'HAD, préconise l'élaboration d'évaluations médico-économiques par rapport aux hospitalisations conventionnelles et aux prises en charge extra-hospitalières, la mutualisation des petites structures HAD afin de recomposer l'offre de soins et l'élaboration d'un référentiel d'activité de l'HAD qui serait la base d'un renforcement de la pertinence du recours à l'HAD.

Lors de mon Master 1 en Santé publique parcours sciences sociales à l'EHESP, mon stage de sept semaines s'est déroulé à l'HAD du Pays de Vannes. Domiciliée près de

⁸ Livret d'accueil ARS

Vannes, ancienne infirmière de l'Hôpital privé Océane (porteur de l'HAD du Pays de Vannes) et ancienne infirmière libérale ayant travaillé avec l'HAD, j'ai pu observer son fonctionnement interne, ses forces et ses faiblesses. Je devais travailler alors, sur l'amélioration du recours à l'HAD de certains médecins et chirurgiens. Les enquêtes quantitatives et qualitatives m'avaient permis d'appréhender la complexité du sujet autour du développement de l'HAD. Suite à ce stage et à la participation à la journée organisée par l'ARS sur l'HAD en septembre 2015, j'ai contacté et rencontré M. Zamparutti et M. Le Guen, référents HAD à l'ARS Bretagne. La durée du stage a été fixée à quatre mois et demi et **la mission** s'est axée sur l'identification des freins et les leviers au développement de l'HAD afin de mener une analyse de la performance de l'HAD en Bretagne. Pour cela, le déroulement du stage s'est passé en partie au siège de Rennes et à la délégation départementale du Morbihan (DD56). Cet apprentissage dépendait de la Direction des coopérations territoriales et de la performance et plus précisément de la Direction adjointe de l'hospitalisation et de l'autonomie.

Afin de prendre en compte tous les paramètres, nous chercherons à répondre à une seule question et qui sera, de fait, la problématique de ce travail :

Dans quelle mesure l'organisation d'un établissement HAD en Bretagne, impacte-t-elle sur sa performance ?

La transversalité de cette thématique, a nécessité la mise à disposition de documents, l'accessibilité aux réunions internes à l'ARS concernant le Groupement Hospitalier de Territoire ou encore le Plan des Maladies Neuro-Dégénérative (PMND) par exemple, ont permis de mieux définir le contexte dans lequel se situe l'HAD aujourd'hui. De plus, la participation à des réunions sur le Contrat Local de Santé (CLS) des Iles du Ponant, sur la Plateforme Territoriale d'appui (PTA) du Territoire de santé numéro 4, la réunion régionale sur les soins palliatifs et de l'HAD et enfin des échanges réguliers avec les HAD ont été organisés tout au long de ce stage. En conséquence d'un travail centré sur l'approche politique de l'HAD, il paraissait indispensable de mettre toutes ces informations en perspective à l'aide d'une enquête qualitative de terrain. Par conséquent, la présence à la DD56 a été un appui important dans la compréhension de l'interaction entre les acteurs et la manière dont ils se saisissent des politiques mises en place.

Vingt-cinq entretiens ont été réalisés pour cette enquête. Deux catégories d'entretiens sont à distinguer :

- Les entretiens avec des **professeurs de l'EHESP** ont servi à mieux saisir les sujets tels que les GHT et le marketing hospitalier ;
- Et les entretiens auprès des acteurs, sources de connaissances autour de l'HAD et de son positionnement territorial.

Concernant les rencontres avec les équipes HAD, les entretiens ont été menés au sein des établissements ou à l'ARS :

- **Quatre entretiens individuels** : Vannes, Aven à Etel, Saint Briec et l'HAD du Ponant (entretien téléphonique). Ces entretiens, sont, pour ce travail, la base de connaissance organisationnelle de l'HAD. Le choix a été réalisé en raison des différents, statuts, organisations, taux de recours et Territoires de santé.
- **Deux autres entretiens** (en présence d'autres personnes de l'ARS ou autres), avec les HAD de : Pontivy et de Cornouaille. Je suis allée à Pontivy, représenter l'ARS, pour une réunion organisée par l'assurance maladie afin de connaître les relations entre le Centre Hospitalier du Centre Bretagne (CHCB) et l'HAD. Je voulais, également, avoir le point de vue de l'assurance maladie sur la question des prestataires de santé. L'entretien avec l'HAD de Cornouaille avait pour objectif de savoir comment se passait les débuts d'activité pour cet établissement, après une recomposition de l'offre HAD dans le Finistère Sud.⁹

Avant de solliciter les Directeurs d'hôpital, j'ai rencontré Mme K., Directeur d'hôpital également et spécialiste en droit de la santé à l'EHESP, pour avoir des connaissances sur les coopérations hospitalières, le GHT et sa vision de l'HAD et comprendre le terme association de l'HAD au sein du GHT.

⁹ La création de l'HAD de Pont-Labbé porté par l'*Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve* (établissement privé à but non lucratif) est effective depuis le 1^{er} avril 2016.

- **Trois entretiens** avec des Directeurs d'Hôpital ont été réalisés et **deux entretiens** avec un médecin référent HAD d'un centre hospitalier et un autre avec un président du Comité Médical de l'Etablissement (CME).

Le point de vue d'un Directeur d'Hôpital permet de comprendre comment est utilisé l'HAD au sein de l'établissement et les raisons qui en découlent. Mais aussi, faire le parallèle avec l'analyse des feuilles de route en lien avec le Plan triennal, de connaître leur relation avec les HAD et leurs avancées concernant le GHT/association de l'HAD. Ainsi, le choix de ces Directeurs d'hôpital ou médecins semblait évident, au regard du statut de l'HAD. En effet, il était question de connaître les relations entre l'hôpital et un HAD adossé à un établissement privé (autre établissement de santé du territoire), géré par une association ou encore faire une comparaison avec l'hôpital porteur d'un HAD. *In fine*, évaluer le lien entre l'adressage des patients en HAD et le statut de l'HAD.

- **Trois entretiens avec des représentants de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)** dont le premier s'est déroulé avec trois représentants des pharmaciens et un représentant infirmier. Les deux autres entretiens téléphoniques étaient, d'une part, avec un représentant des kinésithérapeutes et, d'autre part, avec le représentant URPS médecin du Morbihan qui n'a pas exprimé un point de vue régional mais plutôt son expérience de médecin libéral.

La rencontre avec les représentants des pharmaciens et des infirmiers a été le plus long des entretiens (deux heures). L'intérêt de ces entretiens était d'évaluer, en fonction des organisations des HAD (mixte, libérale et salariée), les relations avec les professionnels libéraux.

- **Deux entretiens avec des responsables des formations médicales et infirmiers** et un échange avec la Directrice adjointe d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), *via* le mail, car elle devait consulter les professeurs de l'institut.

Ces entretiens étaient ciblés sur le cursus des étudiants en médecine, infirmiers et aides-soignants concernant l'HAD (lieu de stage, cours sur l'HAD etc.).

- Un entretien téléphonique avec la **Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)** m'a permis de connaître les travaux en cours.

- **Dans le champ médico-social**, trois entretiens ont été réalisés :
 - Avec la Directrice adjointe de l'Union Régionale Interfédérale des Œuvres Privées Sanitaires et Sociales (URIOPSS) ;
 - Un médecin coordonnateur d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour appréhender le rôle d'un médecin coordonnateur en EHPAD ;
 - Une Directrice d'EHPAD, afin de connaître les relations entre les équipes HAD, les freins et les leviers du développement de l'HAD.

- **Deux entretiens pour avoir le regard de l'utilisateur** : le représentant du Comité Interassociatif Sur la Santé (CISS) et le président du Comité Régional de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

J'ai sollicité à de multiples reprises le représentant du CISS Bretagne pour obtenir un entretien. Sans réponse, le président de la conférence du Territoire 4, m'a orienté vers le représentant CISS de Morbihan. Cet entretien me paraissait primordial pour connaître la vision de l'utilisateur sur l'HAD, tout en gardant une approche régionale. Pour compléter cette démarche, un entretien a été effectué avec le président de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Bretagne.

- Un entretien avec l'**Assurance Maladie** pour comprendre le dispositif PRADO qui est aussi une solution d'aval pour les établissements dont l'objectif est de faire un focus dans ce mémoire. Un entretien avec les personnes qui s'occupent notamment de l'HAD a été demandé, mais sans réponse.

Suite à ces entretiens et pour amorcer l'analyse stratégique, l'utilisation de la matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) permet une analyse interne (forces et faiblesses) et une analyse externe (menaces et opportunités). Aussi, la littérature étant plus riche que les expériences du terrain sur le champ du marketing hospitalier, la

deuxième partie sera basée sur des écrits recommandés par un des deux professeurs de l'EHESP.

Dans un premier temps, *via* un état des lieux de l'HAD et de son fonctionnement aujourd'hui, nous essayerons de déterminer le lien entre l'organisation d'un HAD et sa performance. Pour ce faire, nous analyserons à l'aide des entretiens et de la littérature, l'utilisation de l'HAD par les patients, leur entourage et les professionnels de santé hospitaliers et libéraux. Nous pourrons alors identifier les raisons internes/externes de l'utilisation de l'HAD ainsi que les freins à son développement. Dans un deuxième temps, à partir des opportunités, du marketing hospitalier et des entretiens, nous formulerons des préconisations au développement de l'HAD en lien avec l'analyse stratégique de la première partie.

Première partie I : Analyse du développement de l'HAD en Bretagne :

Existe-t-il une relation entre la performance et les organisations des HAD ?

Le vieillissement de la population, les maladies chroniques, les innovations des techniques médicales et les inégalités de santé conditionnent l'évolution de notre système de santé. Le Plan ONDAM désigne les limites économiques des politiques publiques de santé. La recherche d'un système de santé le plus efficace au moindre coût est la base de la maîtrise des dépenses : **l'efficience**. Sous la notion d'efficience, se retrouve celle de la **performance**. Le bilan PMSI est une base de données utilisée par l'ARS pour quantifier et analyser l'activité pour chaque structure de santé. Est-ce suffisant pour évaluer la performance d'un HAD ? L'Assurance Maladie évalue, quant à elle, la **pertinence** de l'hospitalisation à domicile. La reconnaissance de l'HAD en tant qu'établissement de santé, implique de la rigueur dans le respect des règles de sécurité et de qualité au même titre qu'un hôpital. C'est pourquoi lors d'un contrôle de l'activité de l'HAD, l'assurance maladie contrôle si le patient admis, relève des modes de prises en charge de l'HAD. La pertinence est alors évaluée au regard du guide méthodologique où se trouvent détaillés tous les modes de prise en charge. Mais qu'en est-il de la performance de l'HAD ? La FNEHAD et l'Agence Nationale de l'Aide à la Performance (ANAP), à travers un questionnaire, cherchent actuellement à évaluer la performance des établissements¹⁰.

La notion de performance n'est pas interprétée de la même manière par les acteurs. La Direction Générale de l'Offre et de Soins (DGOS) se base sur le taux de recours de 30-35 patients/jour/100 000 habitants¹¹. Ce taux de recours est l'objectif national à atteindre en 2017. En Bretagne, seul l'HAD d'Aven à Etel, a atteint cet objectif. Peut-on dire alors que cet établissement HAD est le plus performant de Bretagne ? Le taux de recours serait alors l'indicateur de performance de l'HAD pour les autorités sanitaires. Cependant, peut-on parler d'un établissement HAD performant si l'objectif n'est pas atteint ? Nous verrons que les patients et les prescripteurs ont aussi des attentes de performance. Lors des réunions, certains HAD associent la performance à la gestion de leur établissement. Par exemple, la

¹⁰ Enquête FNEHAD-ANAP. Disponible sur internet : <http://www.fnehad.fr/2016/05/12/enquete-fnehad-anap>

¹¹ Circulaire du 4 décembre 2013.

directrice de l'HAD 35 évoque la performance de son établissement à prendre en charge 130 patients par jour mais cela représente seulement 15 patients/jour/100 000 habitants. Ainsi, le patient et son entourage, les prescripteurs, les professionnels HAD et les instances ont une notion différente de la performance.

Afin d'effectuer une analyse cohérente, nous utiliserons la définition de la performance de Gibert. Ce dernier place la performance au cœur « *du tryptique objectif, moyens, résultat* »¹² (Figure 1). La prise en compte des moyens serait donc un élément essentiel dans l'appréhension de la performance. La réflexion autour de la performance serait alors d'identifier les moyens et les objectifs, mis en place par les HAD de Bretagne pour atteindre le résultat du taux de recours.

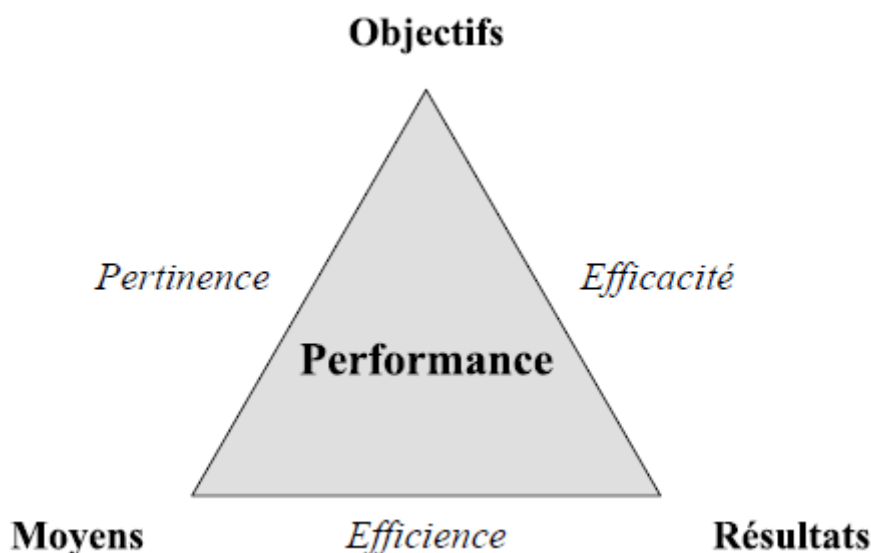


Figure 1 : Triangle de la performance de Gibert (1980).

Dans un premier temps, un état des lieux de l'offre de soin et les différentes organisations HAD en Bretagne permettra ensuite d'aborder, à travers les soins palliatifs, le regard de l'utilisateur/patient/aidant lors d'une hospitalisation à domicile. Il s'agira aussi de

¹² [Maranzana N. Amélioration de la performance en conception par l'apprentissage en réseau de la conception innovante. Thèse, 2009. Disponible sur internet : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00464861](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00464861) issu de Gibert, P. (1980). *Le contrôle de gestion dans les organisations publiques*. Paris, Editions d'Organisation.

comprendre comment les prescripteurs s'emparent de la possibilité d'une hospitalisation à domicile par l'analyse de leurs attentes et de leurs relations avec les HAD. Nous chercherons donc à déterminer **la besoin du patient, la demande des professionnels de santé, et la réponse de l'HAD en Bretagne**. Dans un second temps, l'étude interne des forces/faiblesses à travers les entretiens ainsi que l'analyse des freins permettra d'aborder en deuxième partie et à partir des opportunités, une stratégie de développement.

Chapitre 1 : L'évolution de l'HAD

La comparaison internationale des organisations des soins à domicile de A. Guinet, permet de se rendre compte, que la signification de l'HAD n'est réellement comparable qu'avec les Etats Unis. Effectivement, les pays comme la Suisse, le Royaume-Unis, le Canada intègrent à l'intérieur des soins à domicile, l'intervention de l'auxiliaire de vie, les soins infirmiers et l'aide-ménagère.

Le « Hospital at Home » aux Etats Unis représente les soins complexes et l'identifie comme un hôpital. Toutefois, le « medicare, Medicaid, and private insurers do not cover significant portions of Hospital at Home care. Some, but not all, Medicare Advantage plans cover it. »¹³ La prise en charge est alors payante par le patient. Dans le paysage américain Johns Hopkins Hospital at home est un des établissements les plus connus.

A. Le paradigme de l'HAD

Né aux Etats-Unis (« Home care ») et expérimenté pour la première fois à l'hôpital Tenon, l'HAD apparaît véritablement en France en 1957-1958 avec la création de l'HAD de l'AP-HP, (Chevalier L *et al*, p207). L'histoire de l'Hospitalisation à Domicile prend de l'importance à travers la Loi du 31 décembre 1970, qui réforme le système hospitalier. Ainsi tout prolongement de soin est possible « à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ». Cette Loi amorce la création de la FNEHAD en 1973. La loi de 1991, réforme hospitalière, reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation

¹³ UCLA Health. Global Lab for Innovation. *Hospital at Home. Model for Acute Care*. Disponible sur internet <http://uclainnovates.org/sites/default/files/John%20Hopkins%20Hospital%20at%20Home%20%20for%20Acute%20Care.pdf>

complète. Elle définira les rôles des médecins coordonnateurs, des infirmières coordonnatrices et le cadre organisationnel dont l'obligation de permanence des soins¹⁴.

Depuis le financement à l'activité dans les établissements de santé public et les établissements HAD, la législation a accéléré le développement de l'hospitalisation à domicile. L'Ordonnance du 4 septembre 2003 a supprimé le taux de change qui consistait à créer un lit en HAD et dans cette même zone sanitaire, supprimer un lit d'hospitalisation. Ce contexte favorable a amorcé l'accélération de nombreux changements législatifs tels que :

- La circulaire de février 2004 qui encadre les modalités de prises en charge en HAD ;
- La circulaire de 2006 encadrera l'HAD et définira sa place « au sein de l'offre de soins locale » (IGAS, 2010) ;
- La Loi Hospitalisation Patient Santé Territoire en 2009 (HPST) confirmera la place importante de la coordination des soins ville-hôpital et reconnaitra « l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière ». L'appellation HAD est protégée. Reconnu comme établissement de santé, il doit être soumis aux obligations de certification de qualité et de sécurité ;
- La circulaire du 18 mars 2013 relative à l'ouverture vers les établissements sociaux et médico-sociaux (complémentaire au Décret de 2007 portant sur les autorisations d'intervention de l'HAD en EHPAD) diversifie donc les lieux et les prises en charge ;
- La circulaire du 4 décembre 2013 impose d'inscrire dans les Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen (CPOM) des établissements de santé afin de positionner l'HAD dans l'offre de soins.¹⁵ De plus, cette circulaire annonce l'objectif pour les cinq ans à venir : **le taux de recours doit se situer entre 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants.**

Les politiques publiques sont également favorables au développement de l'HAD. Le Plan Soins Palliatifs 2015-2018 suggère des mesures et des actions dans l'objectif de conforter les soins palliatifs en HAD et de faciliter les coopérations au bénéfice des

¹⁴ IGAS. *Rapport national : rapport IGAS sur l'hospitalisation à domicile 2010* [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article134>

¹⁵ Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013

parcours de santé. Le Plan des Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019 concerne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentée, Parkinson et Sclérose en plaque. En parallèle, le PMND établit une mesure pour faciliter la prise en charge hospitalière à domicile *via* l'HAD et les équipes mobiles. C'est pourquoi, la polyvalence de l'HAD telle que les soins palliatifs, la cancérologie, les pathologies neuro-dégénératives, les traitements post-chirurgicaux complexes (pansements complexes, drain thoracique), maladies infectieuses graves (multi-antibiothérapie), certaines prises en charge du secteur obstétrique et la pédiatrie (onco-pédiatrie) demandent, en lien avec le cadre juridique, la participation de tous les acteurs de santé.

Le contexte économique définit par l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), acté dans la Loi de Finance de la Sécurité Sociale (LFSS), insiste sur les enjeux économiques des politiques de santé en faveur de la maîtrise des dépenses. C'est dans ce contexte que l'HAD, en tant qu'alternative à l'hospitalisation traditionnelle, est encouragé à se développer. Afin d'augmenter le recours aux HAD, dans le cadre du Plan Triennal 2015-2017, l'ARS a fixé des cibles d'adressage en HAD aux 28 centres hospitaliers de Bretagne. Ce plan national pour « l'efficience et la performance du système de soins vise une évolution structurelle de notre système de santé en 3 ans (2015-2017) alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses »¹⁶

B. L'offre de soins HAD en Bretagne

La région Bretagne est composée de quatre départements : Les Côtes d'Armor, le Finistère, l'Ille et Vilaine et le Morbihan et l'une de ces caractéristiques est la présence de douze îles appelées plus communément : les îles bretonnes du Ponant. Concernant l'offre de soin, les deux Centres Hospitaliers Universitaires bretons sont basés à Brest et Rennes. Huit territoires de santé (**Carte 2**) fixés pour le Projet Régional de Santé 2012-2016 sont le fruit d'une organisation territoriale afin de « conforter les actions de proximité et favoriser l'articulation des acteurs de santé » (Synthèse PRS, p5)

¹⁶ Introduction de la feuille de route.

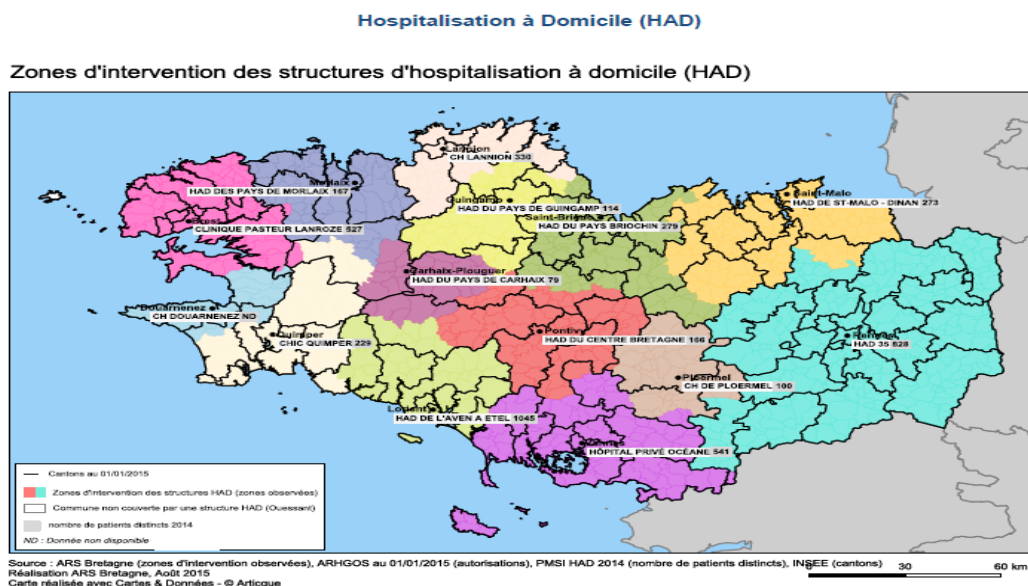
Carte 2 : Les huit territoires de santé bretons avant la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé. (Atlas du PRS, 2014)



Les HAD se sont progressivement développés en Bretagne et aujourd'hui, treize établissements d'hospitalisation à domicile font partis du paysage breton. La carte datant de 2015¹⁷ (Carte 3) montre quatorze HAD mais une restructuration récente de l'offre de soins HAD du Finistère Sud a fait naître le 1^{er} Avril 2016 : l'HAD de Cornouaille localisée à Pont-l'Abbé. Une répartition à l'échelle des Cantons précise le périmètre d'action et chaque Territoire de Santé (TS) est pourvu au minimum d'un HAD. A titre d'exemple, le TS 3 possède un seul établissement HAD contrairement au TS 7 où trois structures (Lannion, Saint Brieuc, Guingamp) sont présentes.

¹⁷ Projet Régionale de Santé de Bretagne 2012-2016. Atlas de PRS. ARS Bretagne. Edition 2014

Carte 3 : Les treize établissements HAD de Bretagne. (L'HAD de Douarnenez et du Centre Hospitalier Intercommunal de Quimper n'existent plus. L'ouverture d'une seule HAD à Pont-l'Abbé pour le Finistère Sud).



La densité de la population varie et s'affirme plus importante le long des côtes bretonnes ainsi qu'autour de Rennes. Par conséquent (**Tableau 1**) les HAD de Carhaix et de Guingamp couvrent une population moins dense que ceux de Rennes (HAD 35), Brest (Clinique Pasteur) ou encore Vannes (Clinique Océane).

Tableau 1 : Population couverte (Recensement INSEE 2012) en fonction des établissements de santé. Bilan PMSI 2015. ARS Bretagne.

TS	Finess	Etablissement	Nb. communes couvertes	Population couverte (Recens. INSEE 2012)
		Aucun	1	893
1	290000140	Clinique Pasteur	90	392 071
1	290032838	AUB - HAD Morlaix	68	134 539
1	290033679	AUB - HAD Carhaix	27	37 718
2	290000074	HAD Douarnenez	35	61 597
2	290020700	CHIC Quimper	64	239 247
3	560018509	HAD Aven à Etel	53	285 132
4	560000044	CH Ploërmel	51	67 632
4	560008799	Clinique Océane	102	318 335
5	350042628	HAD 35	318	893 121
6	350044772	AUB - HAD St-Malo	139	257 867
7	220000103	CH Lannion	72	124 775
7	220019616	AUB - HAD St-Brieuc	99	233 755
7	220020341	AUB - HAD Guingamp	74	75 603
8	560022188	AUB - HAD Pontivy	77	114 812
		Bretagne	1 270	3 237 097

Caroline GENEAU

Afin de couvrir l'ensemble du territoire et donc de rationaliser l'offre¹⁸, l'ouverture d'antennes est recommandée plutôt que de multiplier les HAD. Ces extensions d'autorisation¹⁹ ont une organisation adaptée au territoire couvert, tant dans les domaines des ressources humaines que logistiques (véhicule, matériels de soins, bureau). Les antennes répondraient aux « *imprévus, dans un secteur assez grand [et] donc le fait d'avoir une base plus avancée, nous permettra[it] d'être plus réactif.* » (Entretien HAD, p 6) La recherche de proximité est clairement une recherche d'efficience dans l'organisation des soins. Par conséquent, la réactivité de la réponse à apporter aux patients en cas d'urgence et la réactivité d'action aux demandes d'admissions adressées par les praticiens hospitaliers, cherchent à être optimisées.

Les six établissements de l'HAD de l'Association pour l'Aide aux Urémiques chroniques de Bretagne (AUB).

Les établissements d'HAD de l'AUB sont au nombre de six en Bretagne. Quatre d'entre eux ont pour entité juridique propre, l'AUB : Saint Malo-Dinan, Guingamp, Carhaix et Pontivy. Les HAD du Pays Briochin et du Pays de Morlaix ont « adopté le principe de la délégation de gestion et d'exploitation de l'activité d'HAD à l'AUB »²⁰. Par conséquent, l'association HAD du Pays Briochin « définit avec l'AUB les orientations générales de l'exploitation de l'activité d'HAD »²¹. Le fonctionnement de l'activité HAD et la prise en charge des patients est quant à eux, sous la responsabilité de l'AUB.

A ce jour, les établissements AUB se trouvent au sein de 4 territoires de santé (TS1, TS2, TS6, TS7) différents sur le plan démographique (médicale, paramédicale) et dynamique territoriale.

Ainsi sur l'ensemble du territoire breton, plusieurs HAD ont opté pour l'ouverture d'antennes : l'HAD de Lannion (Hôpital de Lannion) a ouvert une antenne dans l'Hôpital de Paimpol, l'HAD de Lorient dans le secteur de Quimperlé, l'HAD 35 a conservé son antenne sur Saint Brice en-Coglès. Ces antennes sont à différencier des locaux mis à disposition pour l'équipe HAD, au sein des établissements adresseurs. Ces bureaux ont

¹⁸ Circulaire de 4 décembre 2013

¹⁹ Idem

²⁰ Convention de délégation de gestion et d'exploitation d'une autorisation de création d'un établissement de santé d'hospitalisation à domicile et d'une activité d'hospitalisation à domicile. ARS : document interne.

²¹ Idem

pour objectifs : d'optimiser l'adressage de patients en HAD et permet de gagner du temps de prise en charge (de quelques heures à 72h) pour admettre le patient en HAD. Une infirmière de liaison est basée dans ces locaux et entreprend les démarches en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD, pour répondre d'une part à l'éligibilité du patient en HAD et d'autre part à l'organisation de la sortie du patient.

Dans un second temps, **l'organisation interne** n'a pas « de modèle économique ou fonctionnel unique ou standard pour un établissement d'HAD »²². C'est pourquoi, nous trouvons trois organisations internes distinctes : mixte, libérale et salariée. Le terme de mixité sera choisi pour décrire le travail de personnel salarié et de professionnel libéral au chevet du patient. A travers ce choix, deux types de mixité évoluent : le premier étant le personnel aide-soignant salarié/infirmières libérales (HAD de Saint Brieuc, Cornouaille, Carhaix, Morlaix, Ploërmel, Lannion, Pontivy). Le deuxième est d'avoir des infirmières/aides-soignantes salariées et infirmières libérales (HAD de la clinique Pasteur, HAD de Saint Malo, HAD 35). On retrouve également le choix de travailler essentiellement avec les infirmiers libéraux (HAD d'Aven à Etel) ou de n'avoir que des salariés infirmiers/aides-soignantes (HAD du Pays de Vannes). De ces choix découlent des organisations de travail où une aide-soignante travaille seule, en binôme avec une infirmière.

Le **déroulement d'une demande** de prise en charge en HAD débute par la prescription médicale de l'admission en HAD. Les **médecins prescripteurs du séjour en HAD**, sont les médecins hospitaliers et les médecins libéraux. La demande de prise en charge est alors soumise à l'avis médical du médecin coordonnateur qui autorise ou non le séjour en HAD, en fonction des modes de prises en charge stipulés dans le guide méthodologique de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Par conséquent, le **médecin traitant** est la pièce maîtresse des prises en charge en HAD et son consentement est la condition d'une admission en HAD. Son interlocuteur médical direct est le **médecin coordonnateur**. L'évolution du statut du médecin coordonnateur comme prescripteur facilite²³ *« la possibilité d'action autour du patient en l'absence du médecin traitant notamment et favorise la continuité des soins. »*²⁴ Aussi, le projet pédagogique pour les

²² Circulaire du 4 décembre 2013

²³ Circulaire du 4 décembre 2013

²⁴ <http://www.fnehad.fr/lhad/quest-ce-que-lhad.html>

internes en médecine générale proposé par l'HAD de l'Aven à Etel clarifie-t-il le rôle du médecin coordonnateur en précisant qu'il ne se « substitue pas au médecin prescripteur du séjour d'HAD ni au médecin traitant pour le suivi médical du patient. Il émet un avis médical pour toute admission et sortie d'un patient de l'HAD [...] en se référant au projet thérapeutique établi pour le patient proposé par le Médecin prescripteur du séjour en Hospitalisation à domicile. Il a un rôle de formateur et d'expert auprès de l'équipe soignante et assure la continuité des soins la nuit et le week-end ».

L'infirmière coordinatrice est aussi un métier spécifique au sein de l'HAD. Elle évalue les besoins en soins dès lors que le médecin a donné un avis favorable à l'admission en HAD puis elle coordonne, organise, planifie les soins (nombres de passages et actes infirmiers) et les rendez-vous autour du patient. Elle se déplace également au domicile du patient pour évaluer les besoins en soin lors du séjour. Plusieurs HAD bretonnes ont des infirmiers(ères) de liaison et leur rôle est de « *s'occuper de la communication* »²⁵ en allant dans les services hospitaliers rappeler aux médecins que l'HAD existe car « *L'HAD est très vite oubliée.* » (Entretien HAD 2)

Le positionnement du **médecin coordonnateur** de l'HAD est donc défini dans la triade médecin hospitalier et médecin traitant. Son objectif est d'éviter ou de retarder l'hospitalisation.

Aussi, les HAD attachés à un établissement de santé comme l'HAD de Lannion, Ploërmel, Vannes, Pont l'Abbé ont une Pharmacie à Usage Interne (PUI) à l'intérieur même de la structure. Le pharmacien de la PUI reçoit les prescriptions des médecins coordonnateurs et la commande de dispositifs médicaux tels que les pansements, les sets à pansement, etc. Le pharmacien analyse les prescriptions et dispense le traitement. Les neuf autres HAD, travaillent avec les pharmacies d'officines.

C. Les critères d'admission et l'importance du codage

L'HAD est soumis à la tarification à l'activité (T2A). Ce système de financement associe l'activité réalisée et le paiement par l'assurance maladie. « Le modèle repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT) destiné à couvrir l'essentiel des

²⁵ Entretien HAD du Ponant

moyens humains, matériels, techniques mobilisés pour prendre en charge un patient ».²⁶ Le Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC), propre à l'activité de l'HAD, « consiste en une combinaison de quatre éléments : un Mode de Prise en charge Principale (MPP), un Mode de Prise en charge Associé (MPA) un Indice de Karnofsky (IK) qui mesure le niveau de dépendance et de l'Activité de la Vie Quotidienne (AVQ)»²⁷. Selon l'ATIH, les MPA, MPP et les IK doivent être évalués régulièrement, autrement dit, des visites médicales fréquentes au chevet du patient doivent être organisées.

Au même titre que les établissements de santé hospitalier avec hébergement, les établissements HAD ont un bilan Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permettant une analyse fine de leur activité. Le taux de recours est ainsi étudié. La comparaison de l'activité entre 2014-2015 et les modes de prise en charge les plus développés par HAD ont permis d'écrire une synthèse du Bilan PMSI HAD 2015. L'analyse statistique de l'activité de l'HAD en Bretagne permet de rendre compte, dans un premier temps, d'une analyse de chaque structure HAD. Alors que la vision de l'ARS est celle « de l'offre régionale en HAD et non une évaluation de chaque structure. » (Dr Zamparutti).

Ce qui nous amène dans un deuxième temps, aux échanges avec les différents acteurs lors de réunion. Ces discussions permettent d'appréhender les chiffres ou du moins leur donner du sens : « Un changement de codage déjà signalé en 2014, avec la Prise en charge de la douleur (+58,6%) expliquerait cette diminution sur le Mode de Prise en charge Principal (MPP) Soins Palliatifs » (PMSI HAD 2015). ou encore de comprendre pourquoi l'activité du principal mode de prise en charge « soins palliatifs » s'est vu détrôné par le mode de prise en charge « pansements complexes ». Les informations recueillies ont montré une modification de l'activité du prescripteur. Ainsi l'activité de l'établissement HAD est impactée par l'activité du prescripteur de la prise en charge HAD.

²⁶ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_des_grands_lignes_de_la_reforme.pdf

²⁷ ATIH. Guide méthodologique HAD 2016. Disponible sur internet : <http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2016>

Synthèse du Bilan PMSI 2015 en Bretagne.

L'année 2015 se traduit par une faible augmentation du taux de recours, qui est en moyenne de 16,7 patients jour/100.000 habitants contre 19,4 au niveau national. Ce taux cache une grande disparité avec des taux de recours très faibles sur le T2, T5, T6 et T7 et un taux très élevé sur le T3.

Les restructurations des HAD sur le T2 et le T5, devraient contribuer à l'augmentation du taux de recours sur ces territoires en 2016 comme le montrent déjà les résultats de fin d'année.

L'activité par Mode de Prise en charge Principal se caractérise par une dominante du MPP *Pansements complexes* (28,5% de l'activité, en hausse de 16%) et des *Soins palliatifs* (26 %), en baisse de 10 % par rapport à 2014. Un changement de codage déjà signalé en 2014, avec la *Prise en charge de la douleur* (+58,6%) expliquerait cette diminution sur le MPP *Soins Palliatifs*. Le nombre de patients par mode de prise en charge démontre toujours une file active concentrée en Soins Palliatifs (+32,8%). On note également une hausse de 25% en *Nutrition entérale*.

Néanmoins, il est constaté une baisse d'activité sur les autres prises en charge obstétriques (*Surveillance de grossesse à risque, Post-partum pathologique*), la *Nutrition parentérale* (-16,8%), le *Post traitement chirurgical* (-17,8%), la *Chimiothérapie anticancéreuse*.

Il est important de signaler la progression de l'intervention des HAD en Etablissements médico-sociaux type EHPAD (+30 % de patients), notamment sur les TS 1 et 5. L'intervention dans les autres structures sociales et médico-sociales reste par contre marginale.

L'augmentation du nombre de séjours adressés par les établissements, conformément aux cibles fixées dans le cadre du plan triennal, n'a pas été atteinte en 2015.

Au vu de ces résultats de l'activité HAD 2015, l'atteinte de la cible nationale de 30 patients/jour/100.000 habitants ne pourra intervenir sans une mobilisation accrue de tous

Chapitre 2 : L'utilisation de l'HAD en Bretagne

L'Observatoire National de la Fin de Vie souligne également que 81% des français souhaiteraient vivre leurs derniers instants chez eux mais seuls 25,5% des décès

surviennent à domicile (2013). Cette observation se retrouve au cœur du Plan Soins Palliatifs 2015-2018 qui engage, de fait, des mesures et des actions permettant une offre de soins adaptée aux souhaits des patients. Des objectifs d'adressage en soins palliatifs par l'HAD devraient permettre, en conséquence, de « doubler le nombre de patients admis à la fin du programme ». L'intervention de l'HAD demande une adaptation du patient, de son entourage et de son environnement. Il sera question dans cette partie de parler de la place des soins palliatifs et du ressenti du patient. L'entretien avec un représentant du CISS n'a pas apporté d'éléments propres à une prise en charge HAD. Mais pour aborder cet angle de vue, l'ouvrage de A. Sentilhes-Monkam a paru pertinent par son approche rigoureuse (qualitative auprès des patients et de leur entourage) et complète (tous les angles professionnels sont abordés) d'une prise en charge HAD. Afin d'augmenter le recours aux HAD, dans le cadre du Plan triennal 2015-2017, l'ARS a fixé des cibles d'adressage en HAD pour 28 établissements de santé hospitaliers publics. Ce plan ne concerne pas les établissements privés. C'est pourquoi, mon stage de Master 1 au sein de l'HAD du Pays de Vannes peut aussi apporter un point de vue d'un établissement privé. Enfin, le médecin traitant étant la pièce maîtresse de la prise en charge HAD, peut être sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD pour la sortie de son patient mais également être prescripteur de l'HAD. La démarche auprès d'un représentant de l'URPS des médecins, n'a pas établi une représentation régionale du point de vue des médecins. Cependant, le médecin interviewé exerce son activité libérale et a déjà travaillé avec l'HAD. Ce point de vue de médecin généraliste n'est certainement pas représentatif mais recoupé avec l'entretien de l'HAD 1 ([Annexe 2](#)), paraît être cohérent.

A. Les soins palliatifs et le regard de l'utilisateur

On ne remet pas en cause l'intervention de l'HAD dans les soins palliatifs »²⁸
(Intervention d'une infirmière), « *Moi je défends... Tout ce qui concerne les soins palliatifs, sont des choses qui peuvent tout à fait se faire en HAD.* »²⁹ (Entretien DH 1)

Une certaine légitimité autour des soins palliatifs semble être partagée dans la prise en charge HAD. Les soins palliatifs sont le premier mode de prise en charge de l'HAD en

²⁸ Paroles d'une infirmière, lors d'une soirée organisée par un syndicat infirmier.

²⁹ Entretien avec un Directeur d'hôpital

Bretagne³⁰. **Peut-on parler de relation de cause à effet entre légitimité des soins palliatifs et le fait que ce soit la principale activité ?** La demande par 81% des français, de « *vivre leur derniers instants chez eux* »³¹, serait acceptée et comprise par les professionnels de santé ainsi que les politiques. En effet, face à un patient qui va mourir et dont les soins nécessaires sont de l'ordre du confort physique et psychologique, pour lui et son entourage, les soins palliatifs restent la seule réponse adaptée par la médecine. Plusieurs acteurs tels que les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), les réseaux d'oncologie, les Unité de Soins Palliatifs (USP), les Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) et enfin les HAD sont le panel d'offre de soins en soins palliatifs adaptés et présents sur la Bretagne lorsque l'intensification des soins est nécessaire. Il n'est pas question d'étayer les missions de chacun mais de connaître les dispositifs existants pour les soins palliatifs.

Dès lors, l'incurabilité établie, la proposition au patient et à son entourage d'un retour à domicile s'impose plus naturellement pour le médecin. Elisabeth Zucman explique alors le « retranchement [du médecin] dans ses valeurs et convictions, dans sa pratique »³² face à l'incurabilité et à la mort. En outre, les soins palliatifs n'indiquent pas une durée de vie ou une durée de séjour. Emilie Gilbert-Fontan³³, précise qu'en soins palliatifs le « temps qu'il reste est du temps de vie ». Ce temps est sujet de l'appréciation du médecin et, par conséquent, l'arrêt des soins curatifs fait front à « la réalité du fonctionnement hospitalier [et] incite les médecins à se tourner vers une logique comptable ». (Sentilhes-Monkam A., p82). L'HAD est alors présenté comme une alternative appropriée pour les soins palliatifs : la prise en charge de la douleur, de l'angoisse et les soins de confort.

Au sein de l'établissement de santé, le souhait du patient de rentrer à son domicile ne correspond pas toujours à celui de son entourage. Les équipes HAD interviewées font référence au refus récurrent des familles pour un retour à domicile. Ces propos sont renforcés par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) et parle du domicile comme n'étant « *pas toujours approprié pour les patients et les aidants* ». Le retour à domicile

³⁰ Bilan PMSI 2012, 2013, 2014, 2015.

³¹ ONFV (2013), « Vivre la fin de sa vie chez soi », p143. Disponible sur internet : http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/ONFV_rapport_2013.pdf

³² Zucman E. . *Prendre soin de ceux qui ne guériront pas. La médecine questionnée par l'incurabilité et la fin de vie* ». Editions Erès. Toulouse, 2016, p358

³³ Gilbert-Fontan E. *Technosciences et fin de vie, la médicalisation du mourir*, p169 dans Saint-Jean M. et Bastiani F. et al. *Soins et fin de vie. Pour une éthique de l'accompagnement*.

suppose un environnement social ainsi qu'un logement adapté à domicile pour que l'HAD soit possible et que le maintien à domicile soit pérenne.

Dès l'admission du patient en HAD, A.Sentilhes-Monkam définit les **quinze premiers jours** d'une prise en charge longue, comme une période d'apprentissage où les routines se mettent en place (p88). Effectivement, les dispositions logistiques sont installées : un lit médicalisé (quid du lit conjugal), le matériel de soin au domicile qui reste le temps de la prise en charge, les allées et venues des équipes (HAD avec infirmiers et aides- soignants salariés) ainsi que les irrégularités des horaires de passage peut être vécu comme une intrusion de l'hôpital par le patient et l'entourage. Cette période d'appropriation entre la famille et l'équipe HAD est par conséquent une « période sensible et délicate [...] à haut risque d'échec de l'HAD » (Sentilhes-Monkam A., p88). Le retour à domicile, avec l'HAD, demande une participation aux soins souvent malgré lui. Ce « transfert de charges vers l'entourage du patient » (Sentilhes-Monkam A., p47), n'est pas anodin et fait appel au savoir-faire profane de l'aidant. De plus, les sollicitations par le patient en HAD du fait de son état de santé, peuvent être multiples et complexes (faire un *bolus* de morphine, aspirer le patient, le changer de position etc...) lorsque les équipes sont absentes et accentuent l'épuisement physique mais aussi et surtout psychologique de l'aidant. Le savoir-faire profane paraît être fragile face aux soins techniques que génère l'état physique du patient. Sentilhes-Monkam A. évoque deux souffrances pour l'aidant : une douleur affective mais aussi une souffrance liée à la prise en charge. Cette dernière est qualifiée de iatrogène et évitable. Comme nous verrons plus tard, la mise en place d'un projet de soins consensuels et partagés permettrait une prise en charge personnalisée en lien avec l'entourage du patient et ainsi pourrait pérenniser le maintien à domicile.

La motivation d'un retour à domicile suppose une réflexion pour le patient mais aussi et surtout pour l'aidant. Ce paramètre dépend dans un premier temps, de l'anticipation du prescripteur mais aussi de la possibilité pour l'aidant de subvenir aux besoins réguliers et parfois intenses du patient en HAD. La qualité de la prise en charge dépend aussi du temps laissé à la coordination pour aménager les aides nécessaires au confort du patient et de son entourage. (Entretien HAD 1)

B. L'utilisation de l'HAD par les prescripteurs d'établissements publics et privés

Le Plan Triennal (2015-2017) contraint les établissements hospitaliers à réduire leur capacité d'hébergement tout en conservant leur activité. En effet, la Durée Moyenne de Séjour se caractérise sur le plan financier par une « borne basse » et une « borne haute ». Par exemple : l'hôpital est payé sur la base de quatre jours d'hospitalisation du patient, même si celui-ci reste quatre ou dix jours. Par conséquent, l'hospitalisation prolongée d'un patient, entraîne des dépenses pour l'établissement. La DMS « à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. »³⁴ Ainsi La diminution de la DMS oblige le développement de l'adressage vers de nouvelles alternatives à l'hospitalisation³⁵. Face à l'urgence du manque de lit, le temps de la réflexion manque pour le patient et son entourage, surtout pour un retour à domicile en soins palliatifs³⁶. Les conditions ne paraissent alors pas optimum pour un retour à domicile.

Lors du stage à l'HAD de Vannes, ma mission était d'augmenter le recours en HAD par des médecins de l'établissement, ciblés au préalable avec le directeur et la cadre. L'utilisation de l'HAD par ces médecins, était sensiblement la même que celle que l'on retrouve dans un établissement public. Les entretiens alors menés avec les médecins, avaient spécifiés un paramètre à prendre aussi en compte dans le recours à l'HAD : l'expérience passée avec l'HAD. Egalement présente au sein du public *« dès que j'évoque, au sein de l'hôpital le sujet HAD, j'ai toujours des expériences malheureuses qui reviennent sur le devant de la scène »*.³⁷

La fréquence de prescription de prise en charge en HAD par les médecins hospitaliers, diffèrent en fonction de l'appartenance de l'HAD. Si l'établissement HAD est un service de l'hôpital, ce dernier trouve, ici, une solution d'aval qui libère des lits à sa convenance et ré-hospitalise si besoin. De fait, l'hôpital n'a pas lieu de développer plus le recours à l'HAD si ce n'est pour l'optimisation de ses flux de patients. (Entretien DH 3)

³⁴OCDE (2011), « Durée moyenne de séjour à l'hôpital », dans Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-33-fr

³⁵ Feuille de route d'un établissement de TS6

³⁶ Sentilhes-Monkam A

³⁷ Entretien avec un Directeur d'Hôpital 1

Les HAD privées doivent, quant à eux, développer des relations autres que celles basées sur la concurrence (Entretien DH 1). Ces liens ne sont intégrés ni par les médecins hospitaliers ni par les directions des hôpitaux. Selon le Directeur d'hôpital, l'HAD devrait se situer « *dans la palette, nous permettant de gérer au mieux l'aval d'une hospitalisation et de nous assurer, à nous, la plus grande fluidité dans la prise en charge...* » (Ibid.). Par conséquent, si « *les hôpitaux sont pleins, les HAD vont se remplir très vite* » (Entretien DH 2). L'hôpital utilise ainsi la prise en charge HAD comme l'ultime recours à un engorgement des lits. L'activité de l'HAD décrite comme pro cyclique (Entretien DH1) est dépendante de l'activité de l'hôpital.

D'autre part, les HAD doivent former les infirmières libérales sur la technicité et la surveillance, adaptées aux soins. Par conséquent, le développement d'une organisation au sein de l'HAD pour former et accompagner des infirmières libérales paraît indispensable afin de palier au discours de doute et de questionnement autour de la « *qualité de la prestation* ». (Entretien DH 1).

L'utilisation de l'HAD et l'EHPAD

Les soins palliatifs et les pansements complexes sont les principales prises en charge en EHPAD. L'intervention de l'HAD est limitée aux soins techniques et ne doit pas se substituer au travail de l'équipe de l'EHPAD. De fait, la tarification de l'HAD se voit minorer de 13%.

Il est important de signaler la progression de l'intervention des HAD en Etablissements médico-sociaux type EHPAD (+30 % de patients), notamment sur les TS 1 et 5. L'intervention dans les autres structures sociales et médico-sociales reste par contre marginale.

Lors des entretiens, il est évoqué parfois des tensions entre les équipes d'EHPAD et celles des HAD. Celles-ci correspondent aux prises en charge demandeuses de temps pour l'EHPAD et dont l'HAD ne peut faire la totalité des soins (Cf. guide méthodologique), par exemple lors des soins techniques accompagnés de soins de nursing. Dans ces situations, il est souligné le rôle important des infirmières de coordination (EHPAD et HAD) afin de communiquer et d'organiser les interventions de chaque équipe et ainsi, permettre une prise en charge adaptée pour le patient.

C. Les médecins libéraux et l'HAD

Le médecin traitant a un rôle primordial dans la prise en charge HAD du patient. Il en est effectivement la pierre angulaire. Sans son accord, la prise en charge HAD ne peut être effective. Il reste ainsi le médecin attitré du patient. De par sa situation, il peut être soit sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD suite à une prescription du médecin hospitalier, afin d'écourter l'hospitalisation, ou être à l'initiative d'une prescription HAD afin d'éviter une hospitalisation. Comme nous l'avons vu précédemment, les prescripteurs des établissements de santé, prescrivent sous une contrainte de temps le retour à domicile via l'HAD. Le médecin coordonnateur qui prend alors contact avec le médecin traitant indique que la sortie est effective d'ici 48 heures et ce dernier est « *contraint de nous dire « oui » car c'est leur patient qui sort de l'hôpital. Mais en même temps ils mettent le doigt dans un engrenage où le patient est compliqué, donc il va désorganiser leur consultation.* » (Entretien HAD, p 4).

Des auditions auprès des acteurs de l'HAD³⁸ ont été réalisées par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale depuis début février. Les avis des médecins libéraux semblent être contrastés. « Nous voulons supprimer l'HAD » (Le président de la Fédération des médecins de France, J-P Hamon), pour son coût mais aussi pour que les libéraux « aient les moyens d'accueillir correctement les patients » afin d'organiser la permanence des soins et la continuité des soins. S'ajoute un droit limité de prescription pour les médecins généralistes, notamment les sédatifs de type *Midazolam* ou antalgiques. Ce qui les oblige à recourir au réseau ou à l'HAD de leur territoire. Enfin, les médecins libéraux travaillent avec les infirmières libérales et si celles-ci ne sont pas incluses en majeures parties dans les soins³⁹, alors la « *crainte de perdre son patient* » (Sentilhes-Monkam A, p49) s'amplifie. Il en va de même pour les HAD qui ont une Pharmacie à Usage Intérieure (PUI) et qui « *shunte les pharmaciens* ». « *Le manque de réactivité dans la délivrance de traitement* »⁴⁰ suite à la prescription peut faire défaut par manque de proximité de la PUI. A l'issue de cette désorganisation multifactorielle, **la plus-value de l'HAD n'est pas mise en valeur.**

³⁸ Dépêche APM. « *Les syndicats de médecins divisés sur l'intérêt de l'HAD (Audition de la Mecss)* ». Diffusé le 8 avril 2016.

³⁹ Entretien URPS médecin libéraux, travaille sur le Territoire de santé 4 et fait référence à l'organisation de l'HAD du Pays de Vannes.

⁴⁰ Entretien URPS médecin libéraux, travaille sur le Territoire de santé 4.

La prescription de l'HAD, dépend aussi des connaissances sur les critères d'admission en HAD. Les médecins libéraux sont les médecins de proximité. Par conséquent, l'affinité du colloque singulier, à domicile, lors de prise en charge de soins palliatifs peut mettre le médecin traitant en difficulté (Boucher M., p34). La prescription est alors faite par le médecin traitant, « *souvent à l'initiative de l'infirmière libérale* »⁴¹. La communication est donc importante entre médecin coordonnateur et médecin traitant « *parce que les médecins aiment bien parler avec des médecins* »⁴².

Pour conclure, la période des quinze premiers jours pour les prises en charge longues, sont de l'ordre de la découverte organisationnelle et relationnelle de l'équipe HAD. Cette période peut, par hypothèse, être corrélée à l'annonce de sortie du patient de l'établissement de santé. En effet, une annonce soudaine et/ou précipitée de la sortie du patient, pourrait ne pas simplifier la sortie avec l'HAD. Les fondements de la relation patient/aidant/HAD se situeraient par conséquent lors de cette période. L'hôpital ne paraît pas saisir un intérêt particulier pour l'HAD. Le besoin exprimé correspond à un besoin précipité de vider des lits. Le manque de connaissance et un manque de confiance, pour certains médecins, pourraient être les principales raisons d'une sous-utilisation de l'HAD. L'adressage par le médecin traitant dépend aussi de la connaissance qu'il a du dispositif, au même titre que les hospitaliers. D'autre part, il est confronté à l'organisation de l'HAD dès lors qu'il accepte le retour du patient à domicile et ainsi « *mettent le doigt dans un engrenage* » (Entretien HAD, p 4). De plus, la complexité de l'état de santé du patient du fait de la lourdeur de la prise en charge, désorganise son travail. Mais dès lors qu'il prescrit et donc demande l'HAD, « *on est dans une autre démarche [et] c'est souvent plus simple* » (Entretien HAD 1, p 4). L'organisation demandée est alors le résultat de sa volonté et non celle établie par un tiers.

Cette analyse offre une vision de l'utilisation de l'HAD des principaux acteurs et permet de comprendre, par une étude empirique, les moyens que les acteurs ont ou mettent en place vis-à-vis de l'HAD et de fait, amorce l'élaboration d'une étude stratégique de l'HAD en Bretagne.

⁴¹ Intervention du représentant HAD lors du GTR HAD.

⁴² Entretien avec un cadre de l'HAD.

Chapitre 3 : Analyse des forces et les faiblesses de l'HAD en Bretagne

Afin de répondre à ma mission, j'ai interviewé les acteurs et défini les freins et les leviers au développement de l'HAD. Le souhait d'intégrer une analyse interne et environnementale, paraissait être pertinent afin d'essayer de déterminer la notion de performance. Cette démarche stratégique, permettra dans la seconde partie de proposer une stratégie de développement de l'HAD en Bretagne. De fait, l'outil utilisé pour cette démarche sera la matrice SWOT (Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats) ([Tableau 2](#)). Une étude interne à l'HAD en Bretagne et notamment ses forces et ses faiblesses seront discutées. Cette vision interne permettra une compréhension régionale mais aussi propre à chaque HAD.

[Tableau 2](#) : Une Matrice SWOT



Dans un premier temps, sera abordée la pluridisciplinarité de l'HAD comme atout fondamental pour maintenir au domicile le patient, mais aussi pour répondre aux exigences des prises en charge lourdes. La législation depuis ces dix dernières années, en lien avec cette pluridisciplinarité, favorise l'ouverture vers le décroisement entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social. Dans un second temps, l'analyse des faiblesses permet de clarifier les freins internes au développement de l'HAD en Bretagne.

A. La pluridisciplinarité et la fonction de coordination : un atout

La circulaire du 1^{er} décembre 2006 précise les acteurs internes de l'HAD. Au sein de l'HAD, les professions de médecin coordonnateur et d'infirmière coordinatrice sont les piliers de la prise en charge. La cadre infirmière, quant à elle, est représentée par une infirmière de coordination faisant office de cadre dans certains HAD. Les acteurs sociaux sont au même titre que les établissements de santé hospitaliers, les métiers indissociables des prises en charge complexes de l'HAD. L'articulation entre l'hôpital et la ville exige un recueil d'informations structuré sur le patient (son traitement, ses antécédents, son environnement) et conforme aux exigences de qualité exigées par la HAS (la traçabilité).

Le déroulement d'une prise en charge HAD débute par le recueil des données, par l'infirmière de coordination, auprès du prescripteur et transmis à l'effecteur de soin. Ce dernier apporte une évaluation de l'état de santé du patient *via* une traçabilité constante et rigoureuse. Les problèmes médicaux sont généralement traités par le médecin traitant en appui avec le médecin coordonnateur. Ainsi le médecin de l'HAD a « *surtout une activité clinique, de partenariat et de compagnonnage avec les collègues de l'hôpital ou au domicile* » (Entretien HAD 1, p 4) et, de fait, demande un conseil personnalisé auprès du chirurgien si nécessaire comme par exemple lorsqu'un patient a une détérioration de la cicatrisation de sa plaie à domicile. L'évaluation médicale régulière au chevet du patient est aussi un critère de qualité et de sécurité. Cette sécurité, pour les équipes médicales suffisamment renforcées, est pour certains prescripteurs, gage de « *confiance* » (Entretien DH 1) et ainsi « *adressent de plus en plus de patients.* » (Entretien HAD 2). L'infirmière de coordination s'occupe de la programmation et planification des soins pour le patient. Par conséquent, elle prend contact avec les professionnels libéraux, elle s'assure de la qualité des soins à travers la vérification de la traçabilité mais aussi par la visite régulière au domicile du patient. La cotation des actes infirmiers est aussi actée par ses soins et ajustée en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

Focus HAD de Vannes

L'HAD du Pays de Vannes est adossé à l'Hôpital privé Océane. L'équipe pluridisciplinaire comprend une assistante sociale à temps plein afin de répondre plus facilement aux prises en charge sanitaires et sociales complexes, et ainsi, augmente la réactivité de l'HAD. La diététicienne et les psychologues ont du temps dédié pour l'HAD. Ce qui permet également un suivi régulier.

Cette pluridisciplinarité, est nécessaire lors de prise en charge complexe du patient. Le patient souffrant de comorbidités et dont les soins continus et intenses sont nécessaires, associés à l'aspect social, demandent une polyvalence et une expertise des équipes HAD. Un service social, quelle que soit la taille de l'HAD est intégré car il faut pouvoir répondre rapidement aux demandes des prescripteurs (entre 48h et 72h) et adapter les aides à domicile si besoin, afin de soulager le patient et l'aidant. Ainsi, cette pluridisciplinarité *« utilise les compétences internes (...) et coordonne les interventions de professionnels extérieurs. »*⁴³

B. Une législation favorable

Il n'est pas question dans cette partie de refaire une description de la totalité du cadre juridique, cependant il est intéressant de comprendre la réponse apportée par les instances. Tout d'abord, la tarification à l'activité dans les établissements de santé en 2007 a contribué à l'émergence des dispositifs d'aval comme l'HAD. Le développement se dessine à travers le décret du 22 février 2007 autorisant l'intervention de l'HAD en EHPAD. Ensuite, la Loi HPST portant, entre autre, sur l'organisation territoriale du système de santé, reconnaît l'HAD comme établissement de santé. Depuis la circulaire du 4 décembre 2013, l'incitation d'adressage en HAD est forte pour les établissements de santé publics via le Plan triennal 2015-2017.

Les enjeux actuels autour du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et de la recherche d'un système de soins le plus efficient possible, demandent un changement dans notre système de santé (Dalmasso R, p11), notamment par une réponse de *« proximité et une approche coordonnée »* (C. Neppel, p 466). Les

⁴³ <http://www.fnehad.fr/lhad/quest-ce-que-lhad.html>

caractères polyvalents et généralistes demandés dans les circulaires de 2004 et 2006 ainsi que la pluridisciplinarité de l'HAD doivent favoriser le décroisement entre le sanitaire, le social et le médico-social. En Bretagne, 12% des patients en HAD sur l'année 2015 ont été pris en charge dans des EHPAD ou Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS)⁴⁴. L'intervention de l'HAD au sein de ESMS permet d'éviter la « *désocialisation et le syndrome de glissement fréquent au cours d'une institutionnalisation.* » (Sentilhes-Monkam A., p53), soit après une hospitalisation en écourtant le séjour, soit en évitant l'hospitalisation pour des pansements complexes par exemple (Entretien HAD 2).

Le lien ville-hôpital est aussi un enjeu pour améliorer les techniques et l'offre de soins ambulatoire mais aussi favoriser le parcours du patient et, plus particulièrement, les informations le concernant. La frontière entre l'hôpital et la ville n'est pas sans problème, néanmoins le positionnement de l'HAD apporte un appui technique au médecin traitant lorsqu'il est demandeur comme nous l'avons vu dans les soins palliatifs et à l'infirmière libérale qui se forme aux soins techniques hospitaliers, peu fréquents à domicile. Ce « *tissu local libéral* » (Entretien HAD 1, p9) favorise l'ancrage territorial. Etre « *l'interface avec l'hôpital* » (*Ibid.*) améliore la qualité des soins de ville et participe à la sécurité du patient face à des patients dont l'état de santé demande une exigence technique.

C. Les faiblesses : les sources de tension entre acteurs

Comme nous l'avons vu précédemment, l'organisation d'un HAD avec des équipes d'infirmiers salariés et aides-soignants peut entraîner des tensions dans les relations avec le patient et l'entourage lors des quinze premiers jours d'hospitalisation à domicile. Le turnover des équipes et « *l'irrégularité des horaires* » (Sentilhes-Monkam A., p121) en sont des exemples. Les raisons intrinsèques au fonctionnement de l'établissement où se trouve le médecin prescripteur peuvent être la cause d'une prescription HAD et favoriser une fragilité dans l'adhésion du patient et de son entourage au retour à domicile.⁴⁵

Dans un premier temps, un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est amené à travailler avec plusieurs HAD de la région du fait de sa couverture d'offre de soin. L'HAD de Carhaix ne fonctionne pas de la même manière que celui de Brest. Un parallèle peut être fait, pour les libéraux qui travaillent sur une zone limitrophe entre deux HAD. Un HAD va

⁴⁴ Bilan PMSI 2015

⁴⁵ Cf. Partie 1, Chapitre 1 : Les soins palliatifs et le regard de l'utilisateur

« *shunter* »⁴⁶ les professionnels libéraux de la prise en charge du patient alors qu'ils sont l'infirmier de famille ou le pharmacien depuis longtemps et ainsi ont l'impression que « *l'HAD laisse les miettes* »⁴⁷. Alors que l'HAD voisin va les solliciter.

Les professionnels libéraux se disent, ainsi, être les « *bouche trou* » et les « *larbins* »⁴⁸ des HAD. Les pharmaciens ont d'autant plus l'idée d'être « *là pour combler le manque, le samedi et le dimanche* », qu'ils ne sont pour certains pas sollicités dans le retour à domicile HAD. Aussi les infirmiers, assisteraient-ils « *à une dérive* »⁴⁹ et constateraient des prises en charge HAD, par exemple, « *pour une injection de Lovenox* »⁵⁰.

Dans un deuxième temps, les professionnels libéraux ont des contraintes financières au même titre que les établissements de santé. « *La lourdeur administrative* » pointée par le représentant URPS des kinésithérapeutes démontre une organisation différente et oblige le professionnel libéral à s'adapter à l'organisation de l'HAD. De plus, la télétransmission via la carte vitale est devenue le quotidien du soignant libéral et lui assure un paiement entre 3 à 7 jours. Du fait, que l'assurance maladie paie l'HAD pour un forfait jour définit par le codage, l'HAD rémunère ensuite les libéraux sur présentation d'une feuille de soin ce qui peut être vécu comme « *un retour en arrière* » (Entretien URPS kinésithérapeute).

Par ailleurs, pour douze établissements, l'ancienne nomenclature est la base de la rémunération des infirmiers libéraux. On y retrouve, tous les actes infirmiers complétés des tarifs actés par l'assurance maladie sans l'évolution tarifaire de 2015. Les HAD rémunèrent les libéraux sans dégressivité et donc chaque acte est rémunéré à 100%, contrairement au quotidien de l'infirmier libéral qui pour le même patient, à un moment *t* est payé à 100% pour le premier acte, 50% pour le second et le troisième acte est gratuit. Or, la négociation des soins entre les HAD qui ont des salariés et les infirmiers libéraux sont sources de tension.

En effet, les HAD qui salarient des infirmiers vont « *envoyer plutôt nos [leurs] équipes* » (Entretien HAD 3) dans un premier temps. Ainsi, les soins techniques, seraient privilégiés par l'HAD et proposerait alors « *des passages, qui [sont] les moins côtés pour nous, en terme de charges libérales* » (*Ibid.*) Ce qui explique par conséquent, les termes de « *larbins* » et de « *bouche trou* » tenu par les libéraux. Quant à l'HAD d'organisation libérale, pour certains mode de prise en charge, perd de l'argent et explique que le

⁴⁶ Entretien URPS pharmaciens

⁴⁷ *Ibid*

⁴⁸ Entretien avec les représentants URPS pharmaciens et infirmiers.

⁴⁹ Entretien avec un représentant URPS infirmier

⁵⁰ *Ibid.*

« *modèle tarifaire est déséquilibré* » (Entretien HAD, p11). *A contrario*, dans une organisation mixte, où les infirmiers libéraux font tous les soins techniques, « *ce qui nous ennuie c'est les infirmières libérales qui bossent avec nous et qui refusent de faire des astreintes. Elles détestent ça. Elles veulent absolument éviter ça. Sauf aujourd'hui au regard de la complexité des patients, les cabinets infirmiers qui n'assureraient plus d'astreintes la nuit dans les années qui viennent... Mais ça ne va pas marcher. Comment on va faire ? On met tout le monde aux urgences ? On refuse de les désengager de ça et donc quand elles refusent d'assurer les astreintes, on change de cabinet* ». (Entretien HAD 1, p9) La permanence des soins 24h/24 est une obligation pour l'HAD et demande aux infirmiers libéraux une organisation.

Cette tension autour des infirmiers libéraux entraînerait un questionnement des médecins libéraux. Selon A. Sentilhes-Monkam, les médecins ont l'habitude de travailler avec les infirmiers libéraux de leur secteur et accorderaient « *moins de confiance à des infirmières salariées surtout quand vient s'ajouter la crainte de perdre son patient* » (p49). En effet, le manque de communication entre le médecin hospitalier et le médecin traitant donne l'impression à ces derniers que l'HAD va faire « *à leur place parce qu'ils ne sont pas disponibles* ». (Entretien HAD 1, p4)

Ces constats nourrissent le rapport de la Cour des Comptes de décembre 2015 qui dénonce une absence de référentiel. Cet outil devrait permettre de « *fonder solidement et clairement des conditions de recours* » afin de renforcer sa pertinence qui aujourd'hui semble affaiblie par « *une forme de doute qui freine son développement* ». Le manque d'information peut être le fruit dans le cadre de l'HAD, d'une absence de référentiel mais quid de la question de la communication.

Pour D. Wolton, il faut distinguer l'information de la communication. Il spécifie que la communication « *est plus complexe que l'information* » et pour cela évoque trois raisons. Pour commencer, la communication est une relation avec l'autre et paraît donc plus difficile. Ensuite, quelle serait la portée de l'information si la communication n'existait pas ? Et enfin « *dévaloriser la communication [...], c'est finalement se dévaloriser soit même* ». Les HAD qui fonctionnent le moins bien aujourd'hui en Bretagne, sont-elles celles qui communiquent le moins ? Toutefois, comme nous l'avons vu, la communication est une relation à deux et il serait inapproprié de dire que la faute incombe aux HAD. Seulement, ces mêmes HAD ajoutent que « *ce n'est pas notre métier de faire de la*

communication »⁵¹. Nous pouvons, de fait, soumettre deux hypothèses : d'une part, la lassitude d'aller vers l'autre avec peu de retour supposerait de ne plus communiquer ou alors, le management interne de l'HAD, n'intégrerait pas une politique d'une communication structurée. Dans les deux cas, il paraît important de s'interroger de l'intérêt de communiquer pour un établissement de santé tel que l'HAD, basé à la frontière de la ville et de l'hôpital. C'est pourquoi, nous aborderons les conséquences d'une mauvaise communication dans le chapitre des freins et des menaces.

Enfin, un autre constat fait d'après un questionnaire donné par l'ARS, en 2015 à toutes les HAD de Bretagne, concernant les soins palliatifs, pose question autour de la formation des professionnels de santé au sein des HAD. La formation des professionnels de santé participe au « *développement de spécialisations en compléments d'une activité généraliste* »⁵² et implique une expertise au sein de l'HAD. Les mesures du Plan Soins Palliatifs pour améliorer les soins palliatifs à domicile à travers l'HAD nécessitent une formation adaptée au sein des équipes. Ainsi, l'enquête montre une formation existante en soins palliatifs, dans chaque équipe HAD. Cependant, le groupe de six HAD géré par l'AUB, ont déclaré les mêmes personnes formées pour les six HAD.

Une activité clinique régulière du médecin coordonnateur, paraît répondre « *aux domaines d'expertise que sont les soins palliatifs, douleur, le handicap* » (Entretien HAD 1, p 3). Qu'en est-il des petits établissements HAD où un seul médecin coordonnateur est présent ? Cette question se pose pour l'évaluation clinique mais est tout aussi appropriée pour la réévaluation du codage. Les infirmières de coordination sont-elles alors formées pour apporter les éléments essentiels à l'évaluation du codage ? D'autre part, fait-il intervenir davantage l'équipe mobile de soins Palliatifs (expert en soins palliatifs) ? Ce qui peut poser question au regard de la recherche d'efficacité de notre système de santé qui a pour but d'éviter les doublons.

Les faiblesses évoquées ci-dessus ne sont pas transposables pour tous les établissements du fait de leur fonctionnement différent. Une partie des faiblesses évoquées, issues d'un manque de communication entre l'HAD et les différents acteurs, est un handicap et

⁵¹ Réunion avec un HAD au sein de l'ARS

⁵² Circulaire du 4 décembre 2013

favorise la méconnaissance autour de l'activité de l'HAD. Par la suite, nous ne parlerons pas de menaces mais de freins au développement de l'HAD.

Chapitre 4 : Les freins au développement de l'HAD en Bretagne

Le positionnement de l'HAD, à la frontière de l'hôpital et de la ville, suggère une organisation palliant le manque de communication entre ces modes d'offre de soins. Le rôle du médecin coordonnateur comme nous l'avons vu, a pour mission d'évaluer la demande du médecin prescripteur hospitalier et de prendre contact avec le médecin traitant pour lui donner le résultat de l'évaluation, son avis et son appui (si le médecin traitant a accepté la sortie du patient à domicile) avec l'intervention de l'HAD. Cette coordination est le socle du fonctionnement de l'HAD et à travers l'utilisation de l'établissement prescripteur, nous formulerons plusieurs hypothèses pour comprendre pourquoi les HAD sont sous-utilisées ou utilisées de manière peu optimale et surtout fait l'objet de tension dans le monde de la santé.

Tout d'abord, comprendre les relations entre l'hôpital et la médecine de ville débute par une connaissance de l'histoire de l'hôpital. Sophie Chauveau⁵³ propose de considérer « l'hôpital à la fois comme une institution et une organisation » afin de prendre en compte le lieu de soin pour tous et la « structure administrative » qu'elle représente. C'est au Moyen-âge que l'hôpital est bâti : appelé très souvent hôtel-Dieu et porté par des congrégations religieuses qui en font un « lieu d'asile ou un hospice ». Au XIXe siècle, la naissance de la clinique amène l'hôpital à être un lieu d'observation⁵⁴ et ainsi en 1802 les nouvelles fonctions des externes et d'internes apparaissent. La santé était un « bien privé »⁵⁵ et la régulation de la santé par l'Etat passait alors, par « une délégation à la profession médicale de la gestion des questions de santé »⁵⁶. Après la seconde guerre mondiale, le choix politique de constituer la Sécurité Sociale permet à l'hôpital de se moderniser et d'accueillir une « population plus hétérogène » (Chauveau S., p84) mais reste un lieu d'accueil et de soins pour les personnes pauvres. Les cliniques (privées) étaient alors réservées pour les personnes ayant les moyens financiers. Le modernisme de

⁵³ Chauveau S. « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? »

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ Cours de M. Schweyer. *Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*. Master 1. 2014-2015

⁵⁶ *Ibid.*

l'hôpital, aujourd'hui, lui offre les moyens d'une expertise médicale pour tous. Cette institution, reflet de la société, est devenue une organisation et permet sa participation « au contrôle social »⁵⁷ au travers du maintien de l'accueil des populations vulnérables. Cependant, la démographie de la population, entraîne la nécessité de réformer l'hôpital en lui inspirant une logique de marché (Chauveau S., p88), tout en conservant son rôle de service public.

Selon P. Hassenteufel, le syndicalisme de la médecine libérale est né dans les années 1880. L'apparition de la Sécurité Sociale va à l'encontre de l'entente créée avec les mutuelles en 1895. La charte de la médecine libérale de 1927 est le document de référence et « défend l'identité libérale »⁵⁸. Mais, l'Etat régule depuis la Seconde guerre mondiale l'exercice de la profession médicale ainsi que la dimension économique.⁵⁹ La crainte d'une intrusion au sein du colloque singulier, aurait renforcé le rôle des syndicats de médecins et notamment celui de porte-parole de la profession libérale⁶⁰.

L'HAD évolue dans un contexte où, d'un côté, l'Etat est à l'initiative des réformes hospitalières et de l'autre côté, où le changement à l'initiative de l'Etat semblerait être une intrusion. Encore, le 17 juin 2016, des médecins libéraux du Territoire 3 lors d'une réunion, tiennent le discours suivant : « *on en a marre que l'on nous dise ce que l'on doit faire* ». On peut donc s'interroger, au regard des avis très partagés sur l'HAD, de savoir si les médecins libéraux et les infirmiers libéraux ont formulé une demande de dispositif HAD répondant à un besoin du patient ? A la base, rappelons-le, l'HAD est apparu en France *via* l'AP-HP.

Dans cette partie, nous allons étudier les différents freins externes à l'HAD et à l'origine d'une menace à son développement. C'est pourquoi, dans un premier temps, nous aborderons le manque de communication transversale qui ferait boule de neige avec le manque d'anticipation des établissements prescripteurs et qui handicaperait l'HAD, dans les exigences de réactivité. Le manque de communication pourrait engendrer un manque ou une perte de confiance de la part des acteurs et entretenir une tension.

⁵⁷ Cours de M. Schweyer. *Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*. Master 1. 2014-2015

⁵⁸ Hassenteufel P., « *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire* », p 25.

⁵⁹ Cours de M. Schweyer. *Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*.

⁶⁰ Hassenteufel P., « *Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire* », p28.

A. La communication, externe aux établissements HAD

Le développement de l'HAD est une priorité nationale, appuyé par la volonté des patients/usagers de ne pas rester à l'hôpital, par un Plan Soins Palliatifs et le Plan triennal. L'ARS Bretagne inscrit dans son PRS la priorité du développement de l'HAD et depuis 2012, différents leviers ont été mis en place dont une plaquette d'information distribuée aux médecins traitants (Annexe, une aide financière aux HAD pour les traitements coûteux, le Plan Triennal etc. Malgré ses actions, l'HAD se développe mais en deçà de l'objectif national. La méconnaissance de l'HAD était fréquente lors de certains entretiens avec des acteurs de notre système de santé. Nul jugement n'est porté. Seul le constat d'une méconnaissance partagée est à analyser dans ce travail. Le Doyen d'une Faculté de médecine ne voit pas l'importance de développer l'HAD comme lieu de stage du fait de sa représentation qui est une « *question de parcours de soins* » et qui implique que l'HAD n'a pas été « *identifié comme étant prioritaire* ». Le paradoxe du développement de l'HAD débiterait-il ici ?

« C'est une priorité de santé publique. Une priorité pour les patients et on passe notre temps à se battre pour aller chercher les patients. On a l'impression que les autres ne veulent pas nous les envoyer. C'est épuisant ! » (Entretien HAD 1, p15)

Pourquoi « *L'HAD est [-il] très vite oublié* »⁶¹ ? Un Directeur d'hôpital appuyait la communication auprès des internes « *en mai et en novembre, pour les sensibiliser à l'HAD (les avantages, les contraintes etc...)* ». Le manque de formation ou d'information sur l'HAD dans le cursus de médecine pose donc question. Comment a été pensé le développement de l'HAD au niveau national ? L'institut de formation de soins infirmiers interrogé, étant demandeur de lieu de stage, intègre l'HAD dans son cursus : en missionnant un groupe d'étudiants pour travailler sur l'HAD et ainsi le présenter aux autres élèves, être en stage avec un cabinet libéral qui travaille avec l'HAD, faire venir un intervenant pour présenter ce qu'est l'HAD etc. Existe-il une corrélation entre la connaissance de l'HAD dans le cursus des études et l'adressage ? La littérature n'est pas précise à ce sujet mais la préconisation d'ouvrir au cursus de médecine, la connaissance par « *une formation médicale continue semble être un bon moyen de communication* »⁶²

⁶¹Entretien avec HAD 2

⁶²Boucher M. « *Fin de vie en hospitalisation à domicile : acteurs : médecin généraliste, médecin coordonnateur, équipe HAD* ». Thèse de médecine

est associée aux travaux de recherche et donc à la demande de transparence autour de l'HAD. Lors de la journée thématique de l'HAD le représentant URPS infirmier a souligné que *« l'adressage à domicile se fait par la demande des infirmiers libéraux »*. Aussi, l'utilisation de l'HAD est-elle une connaissance en soi. Les médecins libéraux qui *« connaissent les modalités de déclenchement de l'HAD sont significativement plus prescripteur d'HAD »*⁶³.

L'illustration de la méconnaissance à travers les entretiens :

- Les soins à domicile et l'intervention à domicile pour des soins complexes par l'HAD sont sources d'amalgame pour le représentant des usagers ;
- la première question du médecin généraliste basée sur le prix de journée de l'HAD a nécessité une explication à travers le guide méthodologique de l'HAD⁶⁴ ;
- l'éclairage apporté autour de l'intervention du médecin hospitalier, du médecin traitant et du médecin coordonnateur a suscité la curiosité du sujet et l'HAD de l'Aven à Etel a renvoyé son projet pédagogique de stage pour les internes, au Doyen de la Faculté de médecine.

Ainsi, la communication transversale entre les décideurs des politiques publiques ouvrirait la connaissance de l'HAD dès la formation des médecins et par hypothèse serait le fil rouge de la connaissance de l'utilisateur.

Aujourd'hui, l'utilisateur est patient lorsqu'il connaît l'HAD. Il se rajoute alors, les facteurs qui conditionnent l'acceptation de la sortie par le patient, son entourage et les critères de prise en charge de l'HAD.

B. Le délai de prise en charge HAD

Les Directeurs d'hôpital (établissements avec ou sans HAD) associent l'HAD à une activité tendue dans leur établissement. La pression exercée par une DMS courte et une pression des lits seraient les facteurs fluctuant d'une demande en HAD. C'est-à-dire que

⁶³ Dupuis C. « Soins palliatifs en HAD, quelle place pour le médecin généraliste ? » Thèse de médecine

⁶⁴ Guide méthodologique 2016. Disponible sur internet :

<http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2876/guide-methodo-had-2016-provisoire2-vf.pdf>

« *la tension sur les lits, joue favorablement sur l'HAD* » et cette corrélation confirmée par les HAD, montre que l'évaluation des « *projets de sorties [se fait] très tardivement* » (Entretien HAD, p15).

L'HAD peut prendre en charge un patient en moyenne entre 24 à 48h et s'organise tout d'abord, pour évaluer l'état du patient et son environnement social au regard des critères d'inclusion en HAD. L'aval du patient et de son entourage est indispensable pour une sortie en HAD. Après l'admissibilité du patient, l'HAD doit contacter le médecin traitant qui valide ou non la sortie de son patient et enfin la sortie est organisée. Cette démarche demande un temps d'évaluation défini comme n'étant pas « *hyper réactif* » (Entretien DH 1). En outre, l'environnement social rentre en considération dès lors que les soins sont complexes, un soutien autour de la personne (aidant, aide-ménagère, garde malade, bénévole etc...) peut être alors, un critère d'inclusion en HAD.

L'hôpital accueille des patients dont la situation sociale et économique est difficile du fait de sa fonction de soin pour tous et se retrouve donc avec des patients « *isolées socialement [et qui] n'ont pas beaucoup de moyens financiers* ». Le retour en HAD « *n'est pas envisageable. C'est souvent comme ça* »⁶⁵. La prise en compte de l'environnement social du patient par la direction de l'établissement interroge sur l'anticipation des demandes HAD. L'urgence de la demande de sortie adossée à une prise en charge complexe exige une évaluation poussée de la part de l'équipe HAD afin d'éviter une ré-hospitalisation. Cette demande peut aussi aller vers un refus de prise en charge si les critères d'admissions ne répondent pas à ceux de l'HAD. Les recommandations de l'HAS concernant la qualité et la sécurité des soins pour les établissements de santé, nécessitent de consulter le dossier du patient, de faire une évaluation, de signer des ordonnances par le prescripteur etc. Toutes ces démarches semblent être des freins dans l'utilisation de l'HAD par les médecins hospitaliers.

« *On ne va pas vider son lit comme ça. Si on veut parer au plus pressé, on va aller vers d'autres solutions que celle de l'HAD* » (Entretien DH1).

L'intervention du prestataire de santé serait alors une solution, pour les établissements de santé, aux prises en charge d'aval à l'hospitalisation. Le fonctionnement des prestataires de soins à domicile ne demande pas d'« *évaluation [...] et prennent tout ce qu'on leur*

⁶⁵ Ibid.

donne ». Les prestataires pratiqueraient une « *communication très agressive avec les services hospitaliers* » (Entretien HAD 2). A Brest, le prestataire utilise le terme « hospitalisation à domicile », appellation contrôlée par la loi HPST et ses coordonnées internet sur les pages jaunes, sont classées en première place avant l'HAD du Ponant. Peut-on qualifier alors le prestataire de santé « *de grands concurrents de l'HAD* » ? (Entretien DH 1).

Lors des réunions avec les HAD, l'ARS est questionnée sur ses actions concernant les prestataires et répond qu'elle n'a pas la tutelle des prestataires de santé contrairement aux établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que les représentants des professionnels de santé. Cependant l'approche commerciale et les demandes de sorties non anticipées des établissements de santé, « *convainquent certains praticiens de leur capacité [celle des prestataires] à prendre en charge un nombre croissant de patients en sortie d'hospitalisation y compris lorsque leur état de santé justifierait d'un encadrement clinique significatif* »⁶⁶.

Il est important de rappeler que l'HAD est l'établissement des prises en charge complexes à domicile et que sans HAD, le patient serait toujours hospitalisé à l'hôpital. Par conséquent, ces patients relèvent-ils de l'HAD ? Si c'est le cas, alors il est alors de la responsabilité du médecin de faire sortir un patient complexe avec un prestataire de santé. Certains HAD ont une activité importante de pansements complexes, de traitement par voie veineuse, nutrition parentérale par rapport à leur nombre total de patients. Les prestataires de santé travaillent essentiellement sur ces activités. Si ces HAD se disent concurrencer par les prestataires, nous pourrions nous interroger, d'une part, sur la diversité des prises en charge de ces HAD, et d'autre part, sur la pertinence et l'efficacité de la communication si le médecin pense que la réactivité du prestataire est le seul paramètre à prendre en compte pour la sortie d'une prise en charge complexe ?

Le prestataire de santé à domicile (PSAD)

Les prestataires de santé sont des entreprises à but lucratif ou des associations à but non lucratif et interviennent soit par sollicitation du patient seul (matériel concernant l'incontinence par exemple) soit, le plus souvent, par prescription médicale. Les deux

⁶⁶ Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD,

syndicats SYNALAM et SNADOM composent, par décret du 19 avril 2011, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).

Le Livre Blanc⁶⁷ des prestataires de santé à domicile, définit trois branches d'activités : Les prestations autour des pathologies chroniques, les prestations d'équipements pour le maintien à domicile pour les personnes en situation de dépendance ou de handicap et *Les prestations destinées à la mise en œuvre de traitements ambulatoires*. Ces dernières sont celles qui sont utilisées par les médecins prescripteurs et qui concernent les « *prestations de perfusion pour l'administration de traitements médicamenteux* » (de types chimiothérapies, antibiothérapies, traitements de la douleur, matériel concernant la nutrition entérale ou parentérale comme l'alimentation, la pompe, les perfusions etc.) Les prestations prescrites sont ainsi remboursées par l'Assurance Maladie sur la base d'une nomenclature tarifaire : la Liste des produits et Prestations Remboursables (LPPR).

Le cadre juridique est tout d'abord basé sur le **libre choix du patient**. Le prestataire ne doit donc pas « *chercher à influencer de façon déloyale un patient pour être choisi ou pour obtenir un changement de prestataire* »⁶⁸ Enfin, l'accès à certains traitements relevant des soins palliatifs et/ou en cas de douleurs chroniques rebelles est autorisé, *via* une décision ministérielle du 29 Avril 2005. Par conséquent la délivrance de ces médicaments autorisée seulement par les hôpitaux, est dans ce cadre, accessible pour le prestataire (Perfalgan, Midazolam, Kétamine)⁶⁹.

Le respect du secret professionnel, la formation du patient et de l'infirmier libéral pour le matériel utilisé, les astreintes téléphoniques couvertes 24/24h, 7J/7 pour le bon fonctionnement du matériel et dans le cadre de certaines prestations (insulinothérapie et nutrition), l'astreinte est couverte par l'infirmier du prestataire.

Ainsi, la définition première de l'activité du prestataire est d'une part « *loueur de matériel* » (Zamparutti P.) et d'autre part vendeur de matériel de dispositifs médicaux à usage unique (perfusions, les poches d'alimentation, les seringues, compresses, pansements etc.).

⁶⁷ Livre blanc. *Les prestataires de santé à domicile : Acteurs clés dans le parcours de soins des patients*. Premières Assises à l'initiative du SYNALAM et du SNADOM. Juillet 2010, p82.

⁶⁸ Code de bonnes pratiques :

http://www.dds-fc.fr/sites/default/files/upload/dds/PDF/code_de_bonnes_pratiques_des_psad_-_octobre_2013.pdf

⁶⁹ ARS PACA et CORSE. Omédit PACA-CORSE. « *Guide de rétrocession des médicaments*. » Edition 2010.

http://omedit.e-santepaca.fr/sites/omedit.esantepaca.fr/files/u4/Guide_Retrocession_ARS_PACA_Corse_2010_.pdf

C. La relation avec l'HAD

En sociologie, avant d'accorder sa confiance, le prescripteur hospitalier ne devrait pas être contraint pour prescrire l'HAD et ne pas être dépendant de la réponse de l'HAD car « s'il est dans l'obligation de compter sur quelqu'un, il s'agirait d'espoir plutôt que de confiance »⁷⁰. Ainsi, les tensions avec les libéraux sont le reflet d'un manque de relation et donc de communication avec l'HAD et entretient une méfiance où les termes comme « *filière captive* »⁷¹ subsistent et viennent cimenter une définition de l'HAD qu'il paraît urgent de corriger pour améliorer le parcours de soin.

L'équipe médicale est une représentation de l'état de santé d'un HAD. Un médecin référent HAD au sein d'un hôpital mentionnait trois changements d'interlocuteur HAD en six mois. Dans ces structures à faible activité comme l'HAD de Saint Briec, le médecin coordonnateur est seul pour un Equivalent Temps Plein (ETP) et par exemple à l'HAD de Vannes qui est un des HAD les plus importants de par son activité, a deux médecins pour 1,8 ETP. D'autre part, le manque de transparence concernant l'HAD entraînerait-elle une dérive dans les prises en charge HAD et plus précisément des prises en charge simples, hors HAD ? Ou alors il y a une mauvaise interprétation/connaissance des critères d'admission HAD.

En Bretagne le constat est de 40 à 50 patients pour un médecin coordonnateur. Dans la plupart des HAD de Bretagne, le médecin coordonnateur s'occupe du codage et tous font des évaluations de patients, les transmissions avec les équipes et se déplacent au domicile du patient si besoin. L'URPS infirmier, de son côté, affirme qu'il n'y a parfois « *pas une seule visite du médecin coordonnateur* » et entraîne « *quelques **a priori** par rapport à l'HAD* ». Les médecins coordonnateurs ont un rôle de communication auprès de ces partenaires médicaux hospitaliers et médicaux. Ainsi, dans certaines HAD où le nombre de médecins est faible par rapport à l'activité, les moyens sont-ils mis en place afin de « *renforcer l'effectif médical, [...] permettre de grandir et en même temps d'assurer les missions indispensables pour être crédible vis-à-vis des collègues [car] tant que l'on n'a pas franchi ce cap, c'est compliqué vis-à-vis des médecins hospitaliers ou même des médecins libéraux [?]* » (Entretien HAD1, p3). Mais la **question de crédibilité** se pose

⁷⁰ Dictionnaire de la pensée sociologique, 2005.

⁷¹ Propos tenus par le président de l'URPS infirmier à multiples reprises.

aussi pour les petites HAD où le même médecin est d'astreinte téléphonique 24h/24h, 7 jours/7 et se déplace très peu au domicile. D'autre part, les mauvaises expériences exprimées par les médecins hospitaliers lors de prises en charge HAD, participent aussi à la perte de confiance du prescripteur. La contrainte d'une urgence de solution d'aval pour le prescripteur hospitalier le mettrait en situation d'obligation de compter sur l'HAD. « Il s'agirait [dans ces conditions] d'espoir plutôt que de confiance »⁷² envers l'HAD. Par conséquent, un manque de communication entre les médecins hospitaliers et les médecins HAD ainsi que le manque de transparence autour du médecin coordonnateur HAD entraîne une méfiance de l'HAD.

Egalement, lors de réunions avec des infirmiers et leur représentant URPS, le sujet de tension se situe au niveau « *des prises en charge qui ne relèvent pas de l'HAD* ». Le patient aurait-il dû être hospitalisé si la prise en charge HAD n'avait pas été faite ? Les contrôles T2A pratiqués par l'Assurance Maladie sont des contrôles de pertinence HAD et étudient les critères de prise en charge de l'HAD contrôlée. Des dossiers de patients sont ainsi tirés au sort et analysés par les médecins de l'assurance maladie. A la suite de ce contrôle, peut découler une liste d'indus et/ou une sanction financière si la confirmation d'abus est effective. Du contrôle de l'HAD du Pays de Vannes en 2015, découle un questionnement de la part des infirmiers libéraux du Territoire 4. Rappelons que l'HAD du Pays de Vannes est la seule HAD de Bretagne, pour le moment, à travailler prioritairement avec des infirmiers salariés. Après une rencontre avec les infirmières libérales basées à la limite entre l'HAD du Pays de Vannes et l'HAD d'Aven à Etel (qui travaille qu'avec des infirmiers libéraux), le doute autour de la pertinence des soins prodigués par l'HAD de Vannes prédomine. Ces questions de pertinences pour les infirmiers se poseraient-elles s'ils intervenaient pour tous les soins ? Cependant, le problème de pertinence reste le critère de fiabilité de l'établissement HAD, au regard des instances, au quotidien. Si les actes effectués sont surévalués pour accentuer l'apport financier, le rôle du contrôle de l'Assurance Maladie est de pointer ces anomalies et de sanctionner l'établissement de santé responsable de ses cotations et donc de la traçabilité exigée pour justifier l'intervention de l'HAD.

Ainsi, comme nous l'avons vu, les contextes politiques, législatifs et économiques sont favorables au développement de l'HAD. Il est important de comprendre également, que le

⁷² Dictionnaire de la pensée sociologique, 2005.

codage en HAD a un rôle indéniable pour l'évaluation de la pertinence et la qualité de la prise en charge. En effet, le codage est le reflet d'une évaluation régulière de l'état de santé du patient et justifie des changements de séquences dans le séjour du patient. Sous-entendu, que l'équipe médicale soit proportionnée au nombre de patients et ait une organisation permettant de visiter le patient à son domicile. D'autre part, la traçabilité justifie le codage. En d'autres termes, la traçabilité est garante de la qualité de la prise en charge HAD. D'autre part, la légitimité de l'intervention de l'HAD en soins palliatifs est, elle, unanime par les usagers (81% selon l'ONFV). La pluridisciplinarité et la permanence des soins sont des paramètres de qualité dans une prise en charge en soins palliatifs. Cependant, l'utilisation par les prescripteurs hospitaliers, montre une anticipation de la sortie du patient peu ou pas envisagée. L'exigence de place de lit entraîne des situations qui obligent les HAD à agir dans l'urgence et impacte sur la qualité du retour à domicile du patient et de son entourage. De fait, le médecin traitant subit à son tour le retour précipité du patient et est une contrainte dans son organisation de travail. Les point forts de l'HAD comme la pluridisciplinarité, la possibilité d'ancrage territorial, la possibilité de prendre en charge des patients en EHPAD par exemple et favoriser le décroisement, sont sous-évalués et donc sous-exploités. L'HAD évolue, face à deux mondes : l'hôpital et la ville, qui « *n'ont pas encore perçu comment [l'HAD] peut leur faciliter la vie.* » (Entretien HAD 1, p17). La reconnaissance est-elle alors une question de confiance ? Mais pour reconnaître, il faudrait connaître.

Au regard du taux de recours fixé dans la Circulaire du 4 décembre 2013, l'HAD de l'Aven à Etel est l'HAD le plus performant. Quels sont les moyens mis en place par l'HAD de l'Aven à Etel pour atteindre un résultat de 45,5/patient/jours/100 000 habitants en 2015 ? Les moyens mis en place par les autres HAD, sont-ils efficaces ?

Cette analyse stratégique offre la possibilité de visualiser où se situent les enjeux pour l'HAD et ainsi, les juxtaposer et les travailler au vu des opportunités de l'HAD en Bretagne. A travers la deuxième partie et à partir d'actions existantes nous proposerons une stratégie pour que l'HAD en Bretagne atteigne l'objectif, entre autres, de 30-35 patients/jour/100 000 habitants

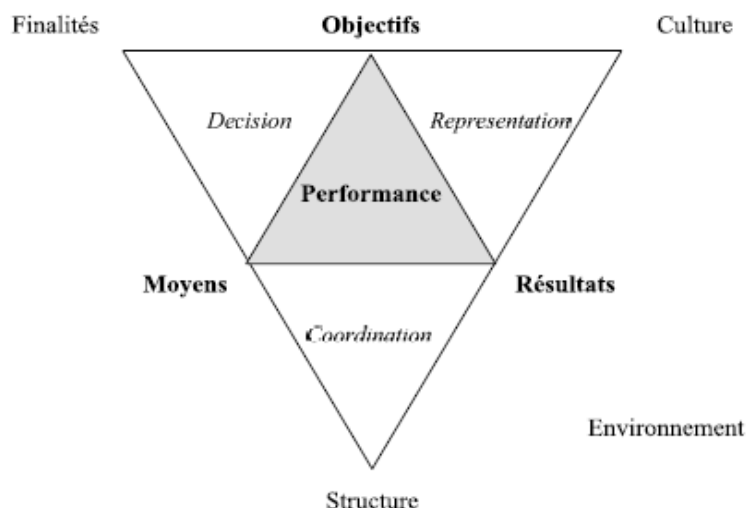
SWOT récapitulatif :

Hospitalisation à domicile en Bretagne



Deuxième partie. L'hypothèse d'une stratégie HAD : Comment se recentrer sur le patient ?

La performance de l'HAD en Bretagne, doit aussi prendre en compte les notions de culture, de structure et de finalités. Dans la première partie, nous avons pensé la performance essentiellement à travers l'objectif/ le moyen/ le résultat. Seulement, comme nous l'avons sous-entendu, « les objectifs et les résultats dépendent de l'ensemble des valeurs partagées (culture d'entreprise), la répartition des moyens et les résultats des activités dépendent de la structure de l'organisation et les objectifs et les moyens doivent être décidés en cohérence avec les finalités » (N. Maranzana, p58).



Politique générale de l'entreprise (Gartiser, Lerch et al. 2004)⁷³

Depuis la Loi HPST du 21 juillet 2009, l'HAD est officiellement reconnue comme établissement de santé au même titre que les hôpitaux et les cliniques. L'Agence National d'Appui à la Performance (ANAP), les indicateurs de performance d'un établissement de santé hospitalier sont fixés sous cinq axes d'analyses : l'activité, l'organisation, les ressources humaines, la qualité et la finance⁷⁴. Par manque de données propres à chaque HAD, ce travail se positionne toujours dans la performance de l'HAD en Bretagne. Ainsi, la réflexion d'une stratégie HAD bretonne avec la notion de culture et aussi de management, vont être mis en perspective à l'aide de la littérature.

Pour ce faire, nous utiliserons les fondements du marketing et plus précisément, le **marketing hospitalier, la communication interne et l'attractivité d'un établissement**. Nous verrons alors, que ces sujets découlent de manière logique et chronologique. Ensuite nous mettrons en perspective cette approche à travers l'HAD afin de se recentrer sur le patient et sur son savoir-faire (projection introspective de l'HAD). Enfin nous étudierons comment l'HAD peut se saisir de leviers mis en place par les instances pour développer une proximité et faire évoluer son image en mettant en avant son savoir-être.

⁷³ Maranzana N. *Amélioration de la performance en conception par l'apprentissage en réseau de la conception innovante*. Ecole doctorale mathématiques, sciences de l'information et de l'ingénieur, Thèse, 2009, p58

⁷⁴ ANAP. Présentation d'hospidiag

Chapitre 1. Un modèle de changement

En sociologie, un des courants de pensée du changement pense qu'il naît de l'acteur quelle que soit l'impulsion donnée. Même si contraintes il y a, le changement ne peut se faire que si deux principes sont réunis : « l'autonomie des acteurs et la légitimité qu'ils accordent aux décisions les concernant, et qu'ils exprimeront [...] » (P. Bernoux, p 11). L'enchaînement des phases chronologiques qui vont être présentées, sont en mouvement et décrirait plutôt un « processus de changement »⁷⁵ proposé ici comme une proposition d'évolution à la pression de développer impérativement l'HAD. Cette contrainte imposée par le Plan triennal aux établissements hospitaliers (cibles d'adressage HAD à atteindre pour 2018) montre que l'acteur hospitalier, possède aujourd'hui une part « d'autonomie, que son action a un sens par rapport à son propre projet et à ceux des autres, qu'il agit intentionnellement et dans un cadre logique, au moins à ses yeux. » (*Ibid*, p21) Il est clair que le Directeur d'hôpital accepte l'utilisation de l'HAD de manière pérenne et stable que lorsque ce dernier est au sein de l'établissement ou demande aux prescripteurs de penser à l'HAD, les moments où la pression de libérer des lits est forte. Ce qui laisse à penser que la réussite du Plan triennal, et sous-entendu une augmentation de l'adressage HAD, se joue à l'engagement des Directeurs mais aussi des prescripteurs dans l'action de développer l'HAD. L'intérêt financier est une raison identifiée dans les entretiens. En effet, l'HAD au sein d'un établissement est une solution d'aval et possiblement de réhospitalisation. Un HAD non adossé à un établissement est perçu comme donné à la concurrence. Peut-on changer la façon de percevoir l'HAD ? Ne peut-on pas imaginer, que la notion de parcours de soins peut aussi être un message qui a du sens pour le patient mais aussi pour les responsables ou prescripteurs hospitaliers ? Enfin, il va de soi que l'acceptation du changement doit être réfléchie car « sans acceptation de légitimité, pas de changement. » (*Ibid.*, p 45). Ainsi, c'est à travers une démarche centrée sur le patient et à travers le bien-être du soignant que les présentations qui vont suivre, sont à relier à la performance.

A. Définition du marketing hospitalier

Dès lors que le terme marketing hospitalier, était une réponse à la perspective de ce travail, la curiosité et le doute se sont installés pour mes maîtres de stage. En effet, « l'utilisation de ces termes résonne comme un oxymore et est assez éloignée du registre

⁷⁵ Extrait du livre de P. Bernoux, p 8. Phrase de Alter « *Innovation ordinaire* », 2000, Paris, PUF.

lexical actuel des établissements de santé »⁷⁶ et également de l'ARS. Mais le choix de travailler sur ce sujet s'est révélé être une nécessité compte tenu des entretiens et le taux de recours en hausse mais très insuffisant par rapport au national et sous-exploité notamment dans le médico-social. Nous n'emploierons pas le terme de client (sauf dans les définitions), en lien avec cette approche, car il est tout à fait possible et sans déranger personne, de comprendre que le patient est la clé de voûte de notre système de santé. Toutefois, la vision du patient devra alors évoluer vers un acteur participatif. Aussi, le choix de travailler sur le marketing hospitalier pour ensuite le juxtaposer à l'HAD est-il une « prise de conscience et une mise en cohérence au sein de l'organisation de cette approche permettraient vraisemblablement de gagner en efficacité dans les phases de mise en œuvre »⁷⁷.

L'offre d'un établissement de santé est d'apporter les soins nécessaires au bien-être du patient. La santé par définition, n'est pas palpable, elle est intangible et l'établissement de santé propose alors des services⁷⁸ pour répondre à cette tâche. Selon G. Armstrong et P. Kotler « Le marketing est un processus social et managérial qui permet à des personnes ou à des organisations de créer de la valeur et de l'échanger avec d'autres, afin d'obtenir ce qu'elles recherchent et ce dont elles ont besoin. Dans le contexte plus étroit de l'entreprise, le marketing suppose l'établissement de relations d'échanges rentables avec les clients, basées sur la notion de valeur. »⁷⁹. M. Louazel et M Tardif ont choisi cette définition afin d'insister sur l'intégration de cette démarche dans l'organisation de l'établissement : le marketing est « une fonction de l'organisation et une ensemble de processus qui consistent à créer, communiquer et délivrer de la valeur aux clients, ainsi qu'à gérer les relations avec eux afin de servir l'organisation et ses parties prenantes »⁸⁰. Deux définitions qui aident à différencier le marketing de la communication. Ainsi, la doctrine marketing décrite par D. Crié est un cadre théorique où se trouvent notamment :

- Le marketing stratégique : serait intégrer dans le projet de l'établissement. C'est aussi « développer une « **marque hôpital** », une « marque employeur », construire une

⁷⁶ Crié D., Gallopel-Morvan K., Louazel M., Tardif L. *Créer de la valeur grâce au marketing hospitalier*.

⁷⁷ Tardif L. et Louazel M. Projet d'établissement et marketing hospitalier. *Revue Gestions Hospitalières*, juin/juillet 2015, n°547, p363-366.

⁷⁸ Crié D., Gallopel-Morvan K., Louazel M., Tardif L. *Créer de la valeur grâce au marketing hospitalier*.

⁷⁹ Armstrong G. et Kotler P, *Principes de marketing*.

⁸⁰ Kotler P. et Dubois B. et al. *Marketing management*. Pearson Education, 2006.

réputation [...] afin de façonner un positionnement et une différenciation au niveau du marché » (D. Crié, p361).

- Le marketing des services : est une prise en compte de « l'environnement **p**hysique, du **p**ersonnel et de l'enchaînement des **p**rocessus. » (*Ibid.*). C'est-à-dire des locaux adaptés à l'activité de l'hôpital et au bien-être mais aussi des rencontres avec d'autres services pour afficher des valeurs et des compétences propres.
- Le marketing relationnel est l'intention particulière à développer un réseau qui permettrait un contact permanent avec le patient.
- Et enfin le marketing interne qui intègre en « ensemble de procédure et de politiques de gestion des ressources humaines » et prend en considération l'information, la formation, motivation et l'ambition du personnel. Dans ce sens, c'est donner une place de valeur au personnel, représentant de l'établissement face au patient.

Enfin, l'écoute des besoins des patients et des prescripteurs demanderait **une étude de marché** dans l'objectif d'adapter au mieux le service à rendre et ainsi satisfaire le patient et le prescripteur. La notion de Focus groupe⁸¹ semble intéressante pour interroger les usagers et un questionnaire pour les partenaires seraient également force de propositions, dans l'objectif « de définir et de décrire plus justement »⁸² la demande du patient. Le marketing demande une organisation qui, incluse dans le projet de l'établissement, résonnerait avec la volonté de se recentrer sur le patient et ainsi, le prescripteur. Le marketing en tant que tel n'est pas le plus important. *A contrario* l'importance pour un établissement est « de respecter la colonne vertébrale : l'identité, valeurs, missions, objectifs, moyens, organisations, actions, résultats » (M. Louazel et L. Tardif, p366).

Toute cette démarche est indissociable d'une communication, qui comme nous l'avons vu, n'est pas le marketing mais en est l'outil.

B. La communication interne

« Hier communiquer c'était transmettre, car les rapports humains étaient le plus souvent hiérarchiques. Aujourd'hui, c'est négocier car les individus et les groupes se trouvent davantage en situation d'égalité. Le concept de négociation appartient d'ailleurs à la culture démocratique » (D. Wolton, p22).

⁸¹ Gallopel-Lorvan K et Louazel M. « Les études de marché, un outil au service de l'hôpital ? » *Gestions hospitalières* n°519, octobre 2012, pp 483-484.

⁸²

G. Goulinet-fité dans son article « Optimiser la communication interne » nous parle de la communication comme outil pour « influencer sur les comportements individuels et collectifs » (p56) et ainsi n'aurait plus vocation à être utilisée comme aide à régenter. La communication interne, incluse dans la démarche marketing hospitalier serait aussi présente dans le projet de l'établissement et devient « un processus structuré et structurant dans lequel s'inscrivent des fonctions telles que la communication corporate, la communication projet, communication de proximité et la communication ressources humaines ». (Ibid.) A l'aide de l'information le contenu de la communication est maîtrisé. S'ajoutent, la convivialité, la participation, la fédération, l'implication et l'identification qui sont les composantes des différentes communications citées ci-dessus.

Dans un premier temps l'écoute est le socle de la communication et avant d'élaborer un plan de communication, « un diagnostic de situation » (Ibid.) doit être établi et répondre à différents critères :

- Au patrimoine de la personne (culture, les valeurs de l'établissement etc.)
- Le positionnement (les besoins et les attentes)
- La perception (climat social, les opinions etc.)

De fait, l'élaboration d'un plan de communication devrait être le reflet de la pertinence (le bon message aux bonnes personnes et au bon moment) et de la cohérence dans la politique managériale menée. Les vecteurs, tels que des Newsletter, un site intranet sont à réfléchir en fonction des habitudes (numérique, support papier) des personnes visées. Par ailleurs, l'évaluation de la communication est l'étude de la performance de l'établissement. Et ainsi le démarche qualité engagée permettrait « d'affirmer le positionnement stratégique et la reconnaissance de la fonction dans l'organisation » (Ibid, p60). Les indicateurs de performance de la communication interne pourraient être le taux de participation à une réunion et le nombre de réponses aux questionnaires par exemple.

C. Le magnet Hospital⁸³ et l'attractivité

Comme nous l'avons vu, la vie interne de l'établissement (le management, relation entre les équipes, la communication interne, l'environnement physique) est le reflet de la solidité

⁸³ Collim A., Demanet Q et Paul E. *Magnet hospital et attractivité hospitalière*. Gestions hospitalières, n°544, mars 2015, p168-173.

et de la performance de l'HAD. En effet, le turn-over des infirmières ou des médecins est un indicateur de performance ⁸⁴d'un établissement de santé hospitalier et donc par définition de l'HAD. Il y a donc deux approches lorsque que l'attractivité (Carte 3) est abordée : celle du recrutement médical qui est un problème pour les HAD et, l'attractivité au sens du rayonnement de l'activité. Du fait, de la non concurrence entre HAD, le périmètre d'activité est celui de la délimitation autorisée par le Directeur Général de l'ARS. Cependant, *via* le bilan PMSI, il est possible de visualiser les établissements principaux, prescripteurs, pour chaque HAD, le potentiel possible dans les cliniques en fonction des spécialités et aussi se faire une idée des EHPAD environnant ces structures et avec qui on peut entretenir, ou développer une activité.

Tout d'abord, attirer des médecins coordonnateurs paraît être indispensable dès lors « *qu'on avait des patients qui revenaient aux urgences, des problèmes de suivi médical faute de disponibilité. Il était donc nécessaire de renforcer l'équipe médicale ce qui n'était pas simple parce que les médecins d'HAD on n'en trouve pas partout* » (Entretien HAD 1, p1). Le médecin comme tous les travailleurs, a sa propre conception de ses conditions de travail et de ses perspectives d'évolution qui l'amène à adhérer à une politique ou un projet d'établissement⁸⁵. Ce premier aspect de l'attractivité, n'est donc pas de l'ordre d'une approche économique. C'est au cœur de cette logique que se place le magnétisme de l'établissement de santé : en développant une ambiance de travail basée sur la collaboration, la concertation et en recentrant la politique de la structure sur le patient. Ainsi « en se recentrant sur la qualité des soins, les établissements renforcent leur effet réputation et, *in fine*, l'attractivité de l'hôpital. »(Ibid.) Toutefois, la réflexion autour des conditions de travail pour les libéraux paraît, en premier lieu, être antagoniste.

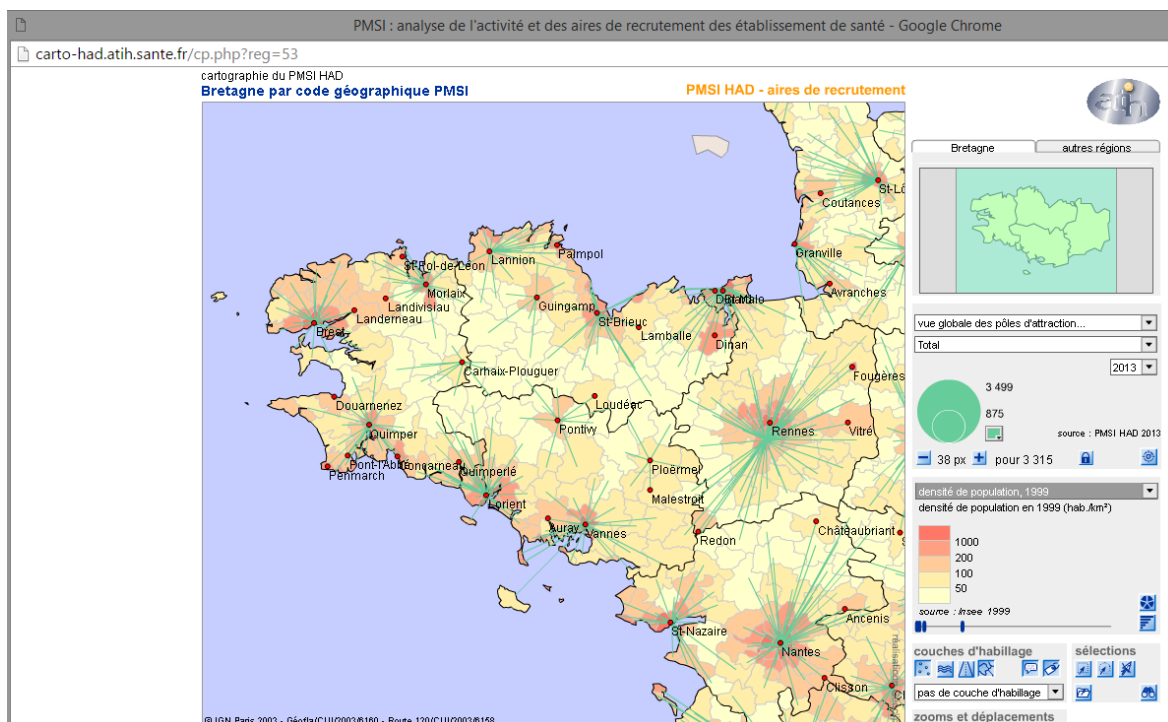
D'autre part, la formation et la possibilité de formation des médecins coordonnateurs participe aussi à une reconnaissance extérieure des compétences (sous-entendu que le monde extérieur connaisse l'HAD) et offre la possibilité d'évoluer dans les pratiques et de diversifier l'activité. Dans le cadre de l'HAD, la prescription médicale est le vecteur de son activité. L'attractivité se focalise par conséquent sur le prescripteur et nous en revenons donc à la confiance qu'il porte envers l'HAD. Un médecin coordonnateur expert en soin

⁸⁴ ANAP. Hospi diag présentation générale et principes d'utilisation. Disponible sur internet : <https://www.data.gouv.fr/s/resources/hospi-diag/20150817-171102/Hospi-Diag-Presentation-et-Principes-utilisation-aout-2015.pdf>

⁸⁵ Collim A., Demanet Q et Paul E. *Magnet hospital et attractivité hospitalière*. Gestions hospitalières, n°544, mars 2015, p168-173.

palliatif et gériatre propose un regard plus compétent. Ceci étant, la communication entre médecin coordonnateur et médecin prescripteur est préconisée afin de faire connaître et de valoriser ses compétences. S'ajoute, les ouvertures territoriales proposées dans la loi de modernisation de notre système de santé qui offre aussi une vision sur le monde hospitalier et sur le monde de la ville. (Cf. Chapitre 3)

Carte 3 : Aires de recrutement en 2013 des HAD en Bretagne. (ATIH)



A travers l'exemple de cette carte, en 2013, il est possible de visualiser où l'HAD n'intervenait pas, et d'optimiser le travail de communication auprès des médecins traitants ainsi que l'activité médico-sociale. Cet outil peut être un outil dans l'élaboration de la stratégie de l'établissement HAD et notamment dans la phase initiale de diagnostic du territoire.

Après cet apport théorique, nous allons partir de ce qui existe aujourd'hui dans les établissements HAD afin, d'une part, de comprendre à travers le rôle chacun, comment les professionnels de l'HAD pourrait être plus efficient et plus autonomes. D'autre part, nous essayerons de comprendre comment les professionnels et les managers HAD en Bretagne, travaillent ou pas l'identité HAD.

Chapitre 2. Différentes hypothèses sur l'organisation interne

« *Ce n'est pas aux soignants de communiquer* »⁸⁶. Le soignant a appris à communiquer avec le patient et son entourage. Cependant, l'évolution de l'état de santé du patient, amène le soignant à faire de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de la promotion de la santé et doit, pour cela, adapter son discours en fonction des connaissances du patient, de sa volonté, de son environnement social et économique⁸⁷. La connaissance du patient, offre la possibilité de proposer un discours qui donnerait « à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé »⁸⁸. Le soignant adapte donc sa manière de soigner en adaptant son discours. Cela nous amène à réfléchir sur les valeurs et l'identité de l'établissement de santé.

Selon Sainsaulieu « les normes de relation au travail et projet professionnel sont des éléments centraux de la vie de travail. » (Bernoux P., p 193)

Les entretiens montrent que les professionnels HAD sont en permanence obligés de prendre « *leur bâton de pèlerin* » (Entretien HAD 1, p17) pour faire connaître l'HAD et ses critères d'inclusion. Nous avons déjà évoqué des raisons à cela, dans la première partie et plus précisément, une communication peu efficace mais aussi le manque de confiance que nous pourrions associer à une méconnaissance et donc à un problème de conceptualisation de l'HAD.

Dans ce chapitre, nous allons tenter de comprendre le rôle de l'acteur HAD et comment il valorise ou pourrait valoriser son travail afin de lui donner un relief, une valeur, une identité. Nous analyserons l'importance de la formation dans l'épanouissement des professionnels HAD mais aussi dans la reconnaissance de l'HAD et enfin nous travaillerons sur la reconnaissance qui commence là où la perception de l'HAD, comme établissement de santé, sera établie.

A. Les professionnels HAD

Sentilhes-Monkam A. décrit l'HAD comme étant « ni strictement curative, ni seulement palliative ... Elle ne se situe pas dans le seul registre de l'hôpital. Le travail des soignants y

⁸⁶ Propos tenus lors d'une réunion avec un HAD

⁸⁷ Cours de Mme J. Pommier en Master 1.

⁸⁸ Charte d'OTTAWA

est très différent et beaucoup plus complexe que dans les services conventionnels. » (p170) La diversité des soins demande une technicité acquise et être chez le patient, avec son entourage, amène une complexité dans la gestion du soin et la relation demandeuse de temps. Par conséquent, la présence de l'infirmière de coordination en HAD est obligatoire.

Dans dix établissements HAD de Bretagne, les infirmières de coordination (IDEC) et les médecins coordonnateurs sont salariés de l'HAD. Les infirmières de soins, sont alors les infirmières libérales. Le métier d'IDEC est un nouveau métier et il en est de même pour les médecins coordonnateurs. Le rôle de l'infirmière de coordination en HAD intervient à l'interface entre l'hôpital et la ville et également entre le sanitaire et le médico-social. Elle a donc une connaissance technique du terrain afin d'établir la planification des soins, la logistique et assurer la formation des soignants libéraux. Ce métier est *« rude [car] c'est beaucoup d'heures et beaucoup d'imprévis. »* (Entretien HAD 1, p6) L'interface demande donc une réactivité des IDEC pour récupérer les informations concernant l'état de santé du patient auprès du prescripteur et traduire cette prescription en prise en charge à domicile. Leur travail est aussi d'élaborer des prévisionnels de soins (Entretien HAD 3) pour une sortie prévue. Cependant, il se peut que le patient ou son entourage ne veulent plus de sortie HAD, que l'état du patient s'est dégradé et ne peut plus sortir ou encore que le patient est décédé. De plus, le médecin traitant et/ou un EHPAD, peuvent aussi refuser la sortie d'un patient qu'ils ne jugent pas apte pour le retour au domicile. Ces situations reflètent le travail qui pourrait être fait autour de l'efficacité de l'HAD en prenant en compte l'anticipation possible pour une prise en charge de qualité. Pour Sentilhes-Monkam A, les soignants HAD, savent que l'HAD est pertinent dans l'offre de soins actuelle mais *« estiment que les partenaires sur lesquels ils devraient pouvoir compter ne jouent pas le jeu. [...] [S'ajoute à cela] l'insuffisance de concertation, la dévalorisation des soignants d'HAD qui se sentent considérés comme des exécutants plutôt que comme des associés, les décourage »* (p171).

Le médecin devient coordonnateur et doit trouver sa place au sein de l'HAD afin que les patients soient pris en charge, que les équipes de coordination et de soins soient accompagnées et enfin, justifier la pertinence de l'intervention de l'HAD en ayant du temps de codage. La rencontre avec le Doyen de la faculté de médecine, a montré que l'HAD et le rôle du médecin coordonnateur en HAD ne sont pas proposés pour le moment dans le cursus des études de médecine. Comment les médecins coordonnateurs en poste

aujourd'hui, connaissaient-ils l'HAD ? Quelques profils de médecins se retrouvent comme : médecin généraliste (HSTV), médecin urgentiste (Vannes), gériatre, spécialisés en soins palliatifs (Lorient). La polyvalence de l'activité HAD, demande une coordination adaptée entre le médical, le paramédical afin de sécuriser le patient et son entourage.

L'aidant, le soignant naturel

A domicile, l'intégration des aidants dans la prise en charge permet de faciliter cette dernière et surtout de prévenir l'épuisement de l'aidant. Le soignant naturel a un rôle primordial dans le maintien à domicile. A. Sentilhes-Monkam, apporte des éléments qui pourraient être importants pour la prise en charge HAD : l'anticipation et la délégation des tâches. Il faudrait pour cela une « confiance réciproque entre les soignants professionnels, les prescripteurs, les hospitaliers et les soignants naturels » (p128). L'aidant pourrait être aussi intégré dans les soins : c'est la particularité des soins à domicile.

C'est pourquoi C. Neppel parle d'élaboration de protocole de soins rédigé et piloté par le médecin coordonnateur. Cette solution pourrait participer et clarifier « le découplage médical/paramédical ». Aussi, le développement du système d'information semble-t-il être également indispensable pour recueillir et informer les établissements hospitaliers, coordonner et travailler sur la traçabilité des prescriptions avec les médecins traitants et ainsi « garantir la transmission des informations à tous les intervenants » L'HAD 1 va encore plus loin en intégrant dans son organisation de travail, des outils modernes afin « *de rendre [les IDEC] autonomes dans l'organisation [...] [pour] qu'elles aient du temps à consacrer au patient* ». (p6). C'est pourquoi, travailler au sein de l'HAD sur l'organisation du travail et des outils *in fine* améliorer la coordination sans perte d'information, est un enjeu important. Le fonctionnement HAD demande une qualité, une réactivité et travailler sur la « *question de l'organisation du travail en mode innovant et nomade : PC 3G, smartphone, télé médecine, accessibilité du logiciel patient en tout lieu, téléphonie moderne, demain on va tester un système de dictée vocale numérique pour dicter nos comptes rendus et les évaluations. Ça va quatre fois plus vite. Ces multitâches de traçabilité, sont redondantes et plus on peut les automatiser et mieux c'est.* » (Entretien HAD 1, p5).

De plus, la **connaissance du codage** par les IDEC paraît essentielle. Elle participe à l'évaluation du patient et donc à l'évolution du codage. Par conséquent, cette démarche semble participer à la performance de l'HAD, à l'aide de la mise en place de checklist douleur, soins palliatifs (HAD de l'Aven à Etel), cette évaluation est accessible et facilitée, et entraînerait peu d'oubli ou perte d'information et par conséquent, plus de temps auprès du patient. Cette démarche pourrait être adaptée pour tous les HAD et intégrée dans l'organisation interne. Par hypothèse, les nouveaux soignants s'associeraient plus tôt aux responsabilités d'évaluation médicale à distance, spécificité de l'HAD.

L'HAD Pasteur possède à l'intérieur de l'équipe, une personne **Technicien Information Médicale** (TIM). Son rôle est de confirmer le codage initial du codage sans remettre en question le diagnostic du médecin et de faire un point hebdomadaire. Son travail est d'ajuster au quotidien le codage des prises en charge, en fonction de l'aval du médecin. Ce qui permet au médecin coordonnateur d'avoir « *une activité clinique, de partenariat et de compagnonnage avec les collègues de l'hôpital ou au domicile* » (Entretien HAD 1, p4). La présence dans les staffs de différents services, dans certaines réunions de la Commission Médicale de l'Etablissement (CME) pour développer le parcours de soins de patient sont aussi des relations nécessaires à entretenir, pour rappeler aux services que l'HAD est présent et partenaire. Par conséquent, la présence d'une IDELI dans l'établissement prescripteur, est aussi un nouveau métier spécifique à l'HAD, adaptée à une demande de réactivité dans l'évaluation des patients éligibles ou non *via* la proximité. Enfin, la présence de l'HAD dans les murs de l'établissement prescripteur favorise sa demande et son admission. Différents entretiens ont montré un intérêt d'avoir une IDELI dans « *l'augmentation de la file active* » (Entretien HAD 2) mais aussi pour augmenter la réactivité de l'intervention de l'HAD. Elle s'organise, s'adapte en fonction de l'organisation de l'établissement et « *c'est donc une évaluation globale avec une infirmière de liaison, très structurée qui nous permet de déterminer les types de soins etc.* » (Entretien HAD 1).

Ainsi, nous avons vu que les métiers spécifiques de coordination comme l'IDEC, le médecin coordonnateur et l'IDELI sont sollicités d'une part par les médecins traitants, les professionnels hospitaliers, les EHPAD et pour une recherche d'efficacité dans leur travail certains HAD se sont organisés. Cette dynamique correspond à une démarche de marketing interne qui suppose une adaptation des ressources humaines, en nombre suffisant mais aussi demande et une écoute concernant leur conditions de travail qui au regard des progrès

informatiques par exemple peuvent apporter des solutions de confort tout en gardant l'efficacité. L'HAD de par son positionnement à la frontière entre la ville et l'hôpital et son développement croissant, les effectifs par hypothèses devraient augmenter et donc demander une adaptation et une optimisation des outils améliorant l'efficacité.

La polyvalence des soins en HAD demande au personnel d'être formé. Plusieurs formations correspondent aux soins en HAD qu'elles soient médicales ou paramédicales.

B. La formation en HAD

Les soins palliatifs mais aussi la douleur et les plaies complexes exigent des soins particuliers et des surveillances particulières. La connaissance d'un professionnel de santé est un des premiers critères de recrutement mais aussi de confiance pour le patient et les autres professionnels. Par conséquent, dans le cadre du Plan soins Palliatifs, dans l'axe 2, la cinquième mesure stipule de « former davantage les professionnels particulièrement concernés par la fin de vie ». Nous allons essayer de comprendre comment la formation et la performance sont liées et quels sont les moyens mis en œuvre au niveau des HAD et au niveau régional pour répondre à l'évolution des techniques de soins mais aussi répondre au mieux aux besoins du patient.

Les HAD décrivent la situation actuelle du recrutement comme « *tellement rare en médecin de coordination. Si on avait dix postulants, on pourrait se permettre de choisir sur des profils communicants. Le problème c'est que nous n'avons pas le choix et que le fait d'avoir déjà un médecin qui comprend les problèmes et qui est capable de les régler, déjà on est content, car ce n'est pas le cas de tous les médecins coordonnateurs* » (Entretien de l'HAD 3). Même si le médecin coordonnateur est lié avec l'HAD par un contrat, par manque de candidatures, le recrutement du médecin par hypothèse pourrait être effectif par le simple fait qu'il soit médecin. Nous pourrions penser alors, que l'espoir placé lors du recrutement d'un médecin coordonnateur, place la confiance tacite⁸⁹ comme premier lien. Cependant, la formation peut être une proposition faite par l'employeur mais aussi être stipulée dans le contrat. Nous partirons du postulat que toutes les HAD ont toutes les mêmes difficultés de recrutements de médecins et que cela n'interfère pas dans la formation au cours de l'activité du médecin coordonnateur.

⁸⁹ B. Reynaud, décrit trois formes de confiance : contractuelle, organisationnelle et tacite. Celle qui nous intéresse ici est « la confiance tacite, le poids des usages, la force de l'habitus, etc., sont tels que l'incertitude sur les comportements futurs est négligée [...] La confiance tacite semble donc se passer de conventions sociales et des signes qui les manifestent. »

L'enquête faite par l'ARS Bretagne en 2015, montre que les personnes formées en soins palliatifs, douleur et plaies et cicatrisation sont différentes entre les établissements. Certains HAD, en 2015, avaient des infirmières DU, mais pas de formation particulière pour le médecin, *a contrario*, au sein d'autres HAD, les médecins étaient les seuls spécialisés. Le groupe des six HAD qui ont les plus petites activités, ont les mêmes professionnels formés pour les six établissements *a contrario* celui qui a le meilleur taux de recours avait plus d'une trentaine de personnes spécialisées pour une cinquantaine de salariés.

Toutefois, il est possible que l'effectif de personnel facilite ou non le remplacement pour une formation. Dans ce cas est-il possible de l'anticiper ? **La formation du personnel est aussi un gage de qualité, et il serait souhaitable de l'inclure dans le projet de l'établissement.** De plus, les liens avec les médecins traitants pourraient en être facilité et de fait, « *s'il [le médecin traitant] ne peut pas c'est qu'il nous délègue cette confiance* » (Entretien HAD 1, p4). Par conséquent, nous pouvons aussi penser que la reconnaissance de l'HAD passe par la connaissance et donc de la formation en HAD. Ainsi l'échange de compétences permettrait au médecin traitant d'avoir accès à des connaissances car « *même si l'HAD n'est pas prescripteur, en réalité dans les domaines d'expertises que sont les soins palliatifs, douleur, le handicap, on est en première ligne [...] [pour] l'alimentation parentérale, aux symptômes de soins palliatifs et au maniement des médicaments soins palliatifs.* » (Entretien HAD 1, p3). En outre, le médecin coordonnateur de l'EHPAD évoquait le fait que les **échanges de compétences** seraient aussi les raisons pour lesquelles le médecin traitant ferait appel à l'HAD. Enfin, l'enquête ne permettait pas d'établir une relation de cause à effet entre le manque de formation d'un médecin coordonnateur et le refus de prise en charge de l'HAD.

Comme nous l'avons souvent répété, l'HAD a des obligations comme tout établissement de santé, de qualité et de sécurité des soins. La formation des professionnels HAD est la base de la qualité des soins. Le domicile du patient, demande une adaptation et un relationnel basé sur la connaissance et l'expérience en soins palliatifs afin d'apporter les soins techniques comme les antalgiques et/ou hypnotiques dans des moments où, l'HAD semble être souvent appelé au dernier moment, où l'entourage souffre et est angoissé. Pour cela les recommandations présentes dans le plan soins palliatifs vont aussi dans le sens

d'un développement de la formation continue. Nous aborderons dans le chapitre 3, les travaux nationaux et régionaux pour améliorer la formation en HAD.

C. Etre reconnu comme établissement de santé HAD

Nous avons abordé dans la partie une, les différentes organisations des HAD. Pour rappel, certains HAD sont gérés par des associations déclarées privées à but non lucratives, d'autres sont adossés à un établissement public ou établissement privé à but lucratif. A travers ces différents statuts, nous allons étudier l'hypothèse d'une corrélation, entre la reconnaissance interne de l'HAD comme établissement de santé et l'augmentation du taux de recours.

Elaborer une stratégie financière (business plan), une stratégie de communication interne dans l'objectif d'augmenter le taux de recours se retrouve au sein du marketing stratégique qui se « traduit par une prévision des marchés »⁹⁰. Elle s'inscrirait par conséquent dans le projet de l'établissement HAD. La formation est un exemple qui demande un investissement et exige un effort financier plus ou moins conséquent en fonction des ressources de l'établissement porteur de l'HAD ou l'association. Lors des entretiens avec les HAD, des déplacements ont été organisés afin de visualiser les locaux. L'environnement de six HAD a été observé :

- L'HAD de l'Aven à Etel est un bâtiment à l'entrée du centre hospitalier de Bretagne Sud.
- L'HAD de Vannes se localise dans au niveau inférieur de la clinique et est considéré comme un service de la structure.
- L'HAD de Saint Briec est dans une zone artisanale.
- L'HAD de Pontivy est pour le moment dans des locaux de l'ancien hôpital de Pontivy.
- L'HAD de Quimper se trouve dans les préfabriqués visibles à l'intérieur de l'enceinte du centre hospitalier de Quimper.
- L'HAD de Ploërmel se trouvait, en février 2016, à l'arrière de l'hôpital.

Il serait réducteur de voir l'HAD qu'à travers ses locaux mais nous pouvons nous interroger sur la représentation de l'HAD en tant qu'établissement de santé. Dans ce

⁹⁰ Crié D. *Pourquoi et comment le marketing à l'hôpital ?* Gestion hospitalière

groupe, seul l'HAD de L'Aven à Etel est visible comme établissement de santé. Etre une association ne semble pas être une raison pertinente, du fait que l'HAD de Pontivy et Saint Briec sont aussi gérés par une association. **L'activité de l'HAD serait alors une raison plus cohérente au manque de visibilité de l'HAD.** Un exemple pour illustrer ces propos est le déménagement de l'HAD 35, qui se regroupera en septembre afin « d'être plus performant et d'avoir un meilleur rayonnement »⁹¹. Ces deux HAD sont alors gérés comme des entreprises et réinjectent leurs recettes dans et pour l'HAD.

Quant aux HAD adossés à des établissements publics ou privés, par hypothèse, seraient reconnus essentiellement comme service appartenant à l'établissement et non comme établissement de santé. De même que les autres services, l'HAD n'est pas mis en avant mais paraît être sur un plan arrière. Nous pouvons dans ce cas se questionner de l'utilisation de l'HAD pour l'établissement. L'HAD sert-il de ressources financières pour l'équilibre de l'établissement ? Nous avons pu constater dans le Focus du CH de Paimpol, que le fonctionnement de l'HAD est directement en lien avec des services du CH. Le parcours du patient en soins palliatifs paraît cohérent et efficace pour l'établissement. Ainsi, à travers le lien direct avec l'EMSP et la médecine de jour, les solutions d'amont et d'aval, à l'HAD, sont clairement identifiées. La question du développement de l'HAD pour la direction de l'établissement n'est pas à l'ordre du jour à l'exception de l'amélioration du parcours du patient au sein même de la structure.

La place de l'HAD dépendrait, au regard de cette analyse, du gestionnaire de l'HAD. D'où la question principale pour le développement de l'HAD : Que souhaite le gestionnaire pour l'HAD ? Souhaite-t-il le développer ou alimenter l'établissement ? Le développement de l'HAD dépend de l'investissement financier. En effet, le personnel comme les IDELI et les TIM, le recrutement de médecins coordonnateurs, un système d'informatisation avec des outils adaptés (tablettes) au domicile sont des investissements qui amélioreraient d'une part, le taux de recours, la qualité de prise en charge et donc un codage efficace et performant et enfin une efficience dans la coordination et la traçabilité et donc la solidité des dossiers patients en cas de contrôle de l'assurance maladie. Il s'agit donc d'anticiper des moyens avant de bénéficier des recettes.

⁹¹ Ouest France. *Hôpital à domicile (HAD) déménagera en septembre*. Paru le jeudi 23 juin 2016. Edition(s) : Rennes Sud, p 18.

A l'intérieur de ce chapitre, nous avons parlé des nouveaux métiers de l'HAD, exercés avec une autonomie. Cependant avoir des effectifs suffisants, la mise en place de ces nouveaux métiers ainsi que des outils adaptés pour simplifier et optimiser leur condition de travail, les formations pour la qualité de la prise en charge et éviter des doublons et des hospitalisations dépendent d'une reconnaissance d'être un établissement de santé. La qualité, la sécurité du patient supposeraient donc une gestion adaptée au même titre qu'une clinique ou un hôpital et le projet d'établissement avec un business plan, une stratégie interne et externe en serait le socle. Le virage ambulatoire et les opportunités régionales offrent à l'HAD des perspectives d'avenir pérennes.

Chapitre 3 : Quelques propositions au développement de l'HAD.

Le point de vue interne du développement de l'HAD a été évoqué ci-dessus et fait surtout référence à une volonté managériale d'améliorer l'organisation. Cette volonté est-elle en rapport avec les opportunités de développement externe ? Le souhait et l'état de santé des français ainsi que le contexte économique ont amené les instances à favoriser le cadre juridique de l'HAD dans l'offre de soins. Au regard du taux de recours régional, en augmentation, mais en deçà des objectifs de la Circulaire du 4 décembre 2013, nous analyserons les leviers proposés par les instances et nous proposerons des pistes de travail régionales et nationales

A. Les opportunités territoriales

Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, l'axe 2 propose plusieurs actions autour de l'organisation de l'offre de soin afin de « garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale ». La loi de modernisation du 26 janvier 2016 donne des directives concernant le PRS et notamment en « axant l'approche territoriale et régionale de l'organisation des soins sur le parcours de soins. » Pour l'HAD, l'approche territoriale semblerait faire partie de son fonctionnement propre *via* le lien fondamental avec les professionnels libéraux, les EHPAD et les établissements hospitaliers. Nous aborderons donc l'HAD à l'intérieur des Contrats Locaux de Santé (CLS), des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Le Contrat Local de Santé

Les CLS sont des déclinaisons opérationnelles territorialisées des différentes orientations du PRS et de la demande de la collectivité locale d'inscrire des initiatives locales de santé dans le CLS. Ils sont le reflet d'une coordination contractualisée entre les acteurs locaux et l'ARS.

Exemple du CLS de l'Association des Iles du Ponant (AIP) : La Bretagne a la particularité d'avoir 12 îles, appelées les Iles du Ponant. Le CLS des Iles du Ponant a débuté par un diagnostic. La démographie des Iles en 2012 était de 10920 habitants dont 5000 à Belle-Ile. Le vieillissement de la population dans ces îles est plus élevé que le reste de la région⁹². Une des particularités à signaler est le « taux de fuite : peu lié à la proximité du continent, mais lié à la présence ou non d'un médecin/professionnel de santé sur l'île, car il y a des îles avec ou sans médecin, avec ou sans pharmacie, avec ou sans infirmier etc. » De plus, Belle-Ile est la seule à avoir une offre de soins hospitalière cependant des coopérations existent pour certaines îles, avec des professionnels et des établissements de santé du continent.

Ces particularités bretonnes demandent des réflexions autour de l'offre de soins et de l'accès aux soins pour tous. En effet, les patients nécessitant des soins complexes restent hospitalisés faute d'offre de soins adaptée à leur retour à domicile. Il paraissait donc important d'incorporer les HAD concernés par des soins sur les Iles du Ponant, pour atteindre l'objectif de « mieux organiser les parcours de soins des patients entre les îles et le continent »⁹³. Depuis le 1^{er} mars 2016, l'HAD de Vannes, ayant débuté son activité sur Belle-Ile, prend en charge 3 à 4 patients par jour. Pour ce faire, une organisation a été réfléchie avec le centre hospitalier au minimum, un an avant le début de la prise en charge du premier patient.

La Plateforme Territoriale d'Appui

Les réseaux de santé ont été créés pour répondre à un besoin de prise en charge pour des pathologies particulières comme le diabète, l'oncologie, la gériatrie, les soins

⁹² Indice de vieillissement en moyenne de 236 contre 78 pour la région. Indice de vieillissement= 65 ans et plus / Moins de 20ans.

⁹³ Trame de travail du groupe expert « HAD et Pharmacie »

palliatifs etc.⁹⁴ Aujourd'hui, la volonté de clarifier les dispositifs mis en place, oblige les réseaux à se mutualiser et à fédérer une PTA. Ainsi, le projet de décret de l'article 74 de la Loi de santé du 26 janvier 2016, fait référence aux « fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes ». Cette plateforme est un soutien pour les professionnels libéraux dans la prise en charge de patient complexe (la notion de complexité ici n'est pas identique à celle des soins en HAD) par :

- L'information et l'orientation de professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales » ;
- L'appui à l'organisation des parcours complexes : par une évaluation, des concertations pluri professionnelles, la coordination des interventions autour du patient.

L'HAD seul effecteur de soins complexes à domicile, fait partie de la PTA. Cette plateforme n'a pas vocation à diriger vers l'HAD si les soins ne rentrent pas dans les critères d'admission HAD. Mais sa participation au sein de la PTA peut améliorer la prise en charge des patients qui ont des difficultés sociales, besoin de soins complexes et qui souhaitent rester à domicile. Ainsi, cette plateforme peut être le premier et le dernier recours avant l'hospitalisation conventionnelle.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire

Toujours en lien avec la nouvelle Loi de santé, la formation des GHT concerne les établissements de santé publics. Chaque hôpital devra faire partie d'un GHT et construire un projet médical partagé commun. L'HAD est associé au GHT et certains HAD comme : l'HAD 35, l'HAD de Saint Malo et l'Aven à Etel, sont inclus au sein des réunions GHT. La finalisation des GHT est en cours, cependant il serait intéressant de voir comment les HAD s'associent et si cela amène une amélioration du parcours de soins.

Le décloisonnement Sanitaire et médico-social

L'HAD peut intervenir à l'intérieur des EHPAD de son territoire mais aussi dans les Maisons d'Accueils Spécialisées. Le développement de l'HAD dans ces structures, pour des patients qui correspondent à l'intervention de l'HAD, éviterait l'hospitalisation de patients fragiles. Le but étant de prendre en charge le patient pour qu'il reste à domicile, près de son entourage, de ses repères, et ainsi ne pas entraîner des troubles de

⁹⁴ M. Nivelet R. Médecin ARS lors d'une réunion PTA.

désorientation par exemple. C'est un soutien au médecin libéral mais aussi au personnel des structures. Enfin, l'HAD est le seul établissement de santé à avoir la possibilité d'intervenir dans les établissements médico-sociaux, et c'est aussi en cela que l'HAD est novateur et devrait renforcer ses efforts.

B. Avoir une stratégie régionale ?

Chaque HAD répond, de son côté, aux exigences de son territoire. Les exemples tels que : les relations avec les professionnels hospitaliers/libéraux, la démographie des professionnels de santé diffèrent d'un territoire à un autre et engendrent une organisation particulière. Les HAD peuvent-ils standardiser une stratégie de développement tout en gardant les individualités ? Dans l'hypothèse, que l'élaboration d'une stratégie régionale soit voulue par tous les HAD, il faudrait alors que les rencontres soient organisées et les axes de travail soient définis.

Dans le cadre d'une démarche volontaire des acteurs HAD, plusieurs programmes d'action pourraient être travaillés ensemble pour aller vers un but commun. Nous supposons que les objectifs peuvent être de peser sur la formation des acteurs HAD en soin palliatifs, douleur et pansement mais aussi, réfléchir sur le recrutement d'effectif régional, sur une stratégie de communication autour de l'anticipation de la sortie du patient par exemple. Cependant, la raison voudrait de commencer par afficher une volonté de développer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient.

Le développement une identité HAD bretonne peut-elle se faire en gardant les entités de chacun d'entre eux ? Les histoires des relations entre les acteurs ont amené l'existence de l'HAD de manière différente dans les territoires et il ne serait donc pas pertinent de vouloir répondre à une stratégie régionale en formant un seul et unique HAD. Par ailleurs, chaque hôpital comme les cliniques d'ailleurs, a son identité propre et clairement admise. Il paraît donc possible de réunir les HAD autour d'une réflexion de stratégies régionales et travailler entre autres sur un des sujets souvent évoqué par les HAD : celui des prestataires. Car comme nous l'avons vu, ce sujet sous-entendrait par les prescripteurs hospitaliers, un manque de réactivité, mais peut être aussi le reflet d'une communication inefficace de la part de l'HAD et d'une méconnaissance de l'HAD par manque d'apports théoriques et pratiques durant le cursus de médecine. En outre, le sujet tel que la mise en place de protocole de soin entre les hôpitaux et l'HAD faciliterait le travail du médecin traitant et la tenue des dossiers patients HAD.

Tous ces sujets permettraient de prendre du recul sur la situation de l'HAD en Bretagne qui trouve sa place petit à petit. Les échanges avec les acteurs importants de la région ont aussi de l'importance comme le Doyen de la Faculté de médecine. C'est un point de départ qui pourrait permettre une ouverture vers la formation des médecins et être une source de recrutement potentiel ou de manière plus pérenne, une connaissance de l'HAD.

C. Les préconisations nationales et régionales

Dans le cadre de l'évaluation du PRS 1 et dans la projection du PRS2, il serait intéressant d'évoquer la répartition de l'offre HAD entre Saint Brieuc, Guingamp, Morlaix et Carhaix. Ces mêmes HAD appartiennent au même groupe et ont les moins bons taux de recours. Ce groupe s'organise actuellement dans le but de mutualiser certains HAD. Serait-il préférable de les fusionner et de laisser leur territoire HAD ou d'arrêter deux des quatre autorisations HAD pour redynamiser l'offre de soin ? On peut s'interroger de la volonté de développer le taux de recours en HAD si, aujourd'hui, le personnel HAD est aussi mutualisé entre deux HAD. Cette démarche correspondrait à une politique de maintien de l'offre HAD et non à une politique de développement.

La formation des professionnels HAD en Soins palliatifs

Lors de la réunion régionale des soins palliatifs, en référence à l'avancement des mesures du plan, la formation des soignants en HAD ne paraissait pas être une priorité. En effet, la priorité est la formation des professionnels de LISP et des USP. Il n'est pas question de favoriser les professionnels HAD plus que les autres, simplement nous pourrions nous interroger sur la volonté régionale de former les professionnels HAD. En effet, le tiers de la file active HAD sont les soins palliatifs. Cependant, les HAD non expertes en soins palliatifs s'appuieraient pour l'obtention d'une expertise, sur les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP). L'HAD étant censé être expert dans ce domaine, n'est-ce pas faire doublon ? Il serait intéressant de connaître le nombre de sollicitation de l'EMSP par l'HAD et pourrait alors être un indicateur de performance à prendre en compte. Il est question ici de cohérence entre le souhait de mourir à domicile, les politiques publiques et la mise en œuvre sur le terrain de ces politiques. En outre, la transversalité du problème de l'apport de connaissance lors du cursus de médecine, pourrait être facilité au

niveau national et irait dans la direction de la Loi de santé de 2016 portée sur le parcours de soins.

L'HAD est un établissement de santé

Ce travail sur la performance a demandé l'utilisation d'outils. Malheureusement, les outils de performance HAD ne sont que très peu développés. Hospidiag de l'ANAP est un outil intéressant pour mesurer la performance d'un établissement de santé au niveau de son organisation, ses ressources humaines, finances, activités et qualité. Seulement les HAD ne sont pas intégrés dans la liste des établissements de santé. Il serait important pour les HAD d'avoir leurs indicateurs de performance qui en feraient leur spécificité en tant qu'établissement de santé. Les HAD pourraient ainsi, se baser sur cet outil pour optimiser leur fonctionnement.

Un établissement de santé qui se nomme Hospitalisation A Domicile ferait plus écho à la continuation d'une hospitalisation conventionnelle qu'à un établissement de santé. C'est pourquoi, dans ce travail, il n'est pas employé le terme HAD au sens de l'hospitalisation à domicile mais au sens d'un établissement de santé.

Nous pourrions proposer alors l'Hôpital Du Domicile. La technicité de l'hôpital au service du domicile paraît aujourd'hui correspondre à une évolution naturelle de l'HAD. *A contrario*, L'HAD de l'Aven à Etel affiche le terme Hôpital à Domicile. Là encore, il semblerait que l'hôpital s'imposerait au domicile. Pour répondre à une bonne représentation une enquête auprès des usagers serait cohérente. Par ailleurs, les acteurs du domicile auraient leur établissement qui leur offrirait des formations nécessaires à l'évolution des soins, au moindre coût. En effet, le changement de nom ferait partie intégrante du processus de changement, « traduit par la création de nouvelles règles, et n'a lieu que par le sens donné à ces nouvelles relations. Changer, c'est transformer les manières de faire, les relations » (Bernoux, P., p54). Il s'agit ici, de proposer une structure visible afin de redonner une position aux acteurs HAD et du domicile et leur permettre ainsi, un nouveau système d'« interactions »⁹⁵ et donc de nouvelles opportunités de développement.

Par ce biais, nous pourrions aussi envisager une intégration du Service de Soins Infirmier A Domicile (SSIAD). Puisque aujourd'hui le SSIAD ne peut intervenir lorsque

⁹⁵ Interaction en sociologie fait référence à la relation.

l'HAD est en place, il y a donc rupture de la continuité des professionnels dans la prise en charge. « En effet il n'y a pas de possibilité de prise en charge commune et simultanée d'un même patient par les deux types de structures (assorti d'une réfaction de l'un ou l'autre des tarifs) alors que cette possibilité existe pour les EHPAD, moyennant une minoration des GHT. Cela rend plus difficile l'intervention des personnels de SSIAD en HAD [...] Cette question est particulièrement sensible pour la prise en charge des soins palliatifs mais aussi dans les zones les plus isolées et rurales » (IGAS, 2010). Ainsi, la prise en charge HAD est une prise en charge d'une aggravation de l'état de santé du patient ou une prise en charge post-aiguë d'un problème de santé. Et comme nous l'avons évoqué précédemment, la préservation des aidants dans la prise en charge de l'HAD est urgente à prendre en compte pour les patients qui souhaitent rester à leur domicile.

La tarification HAD.

« Aujourd'hui dans les perfusions complexes, compte tenu du modèle tarifaire HAD, l'HAD perd de l'argent à chaque patient, tous les jours. Je peux dire que la perfusion j'abandonne. Ca me coûte 60€ de déficit, donc je n'en prends pas. Je les laisse aux prestataires de santé, ils se débrouillent. Mais ça coûte plus cher à la sécurité sociale qu'en HAD. Après c'est un problème qui concerne l'Etat. Mais aujourd'hui la nutrition entérale, parentérale et traitement intraveineux si on regarde les recettes c'est intéressant et si on regarde les dépenses, c'est très défavorable. » (Entretien HAD 1, p11). Les organisations libérales et mixtes pâtissent davantage de ce problème de tarification du fait d'une rémunération des infirmiers libéraux à l'acte sans dégressivité mais en se basant sur l'ancienne nomenclature des infirmiers. Ce qui est un problème moins important pour les HAD qui fonctionnent seulement avec des infirmiers et aides-soignants salariés⁹⁶. Le Ministre de la santé, aurait précisé que les tarifs de « l'HAD progresseront de 0,4% »⁹⁷ en 2016. La liberté laissée aux HAD de s'organiser doit permettre à ceux qui travaillent essentiellement avec des libéraux, de ne pas entraîner de nombreuses négociations, avec ces derniers, qui peuvent être source de tension.

⁹⁶ Discussion avec l'HAD 3

⁹⁷ Neulat-Isard S. « Les établissements de santé doivent réaliser près d'un milliard d'euros d'économies en 2016 (circulaire budgétaire) ». Paris, 13 mai 2016.

Conclusion

La réflexion autour de la performance de l'HAD nous renvoie en premier lieu, à la question de l'interaction entre le besoin de la population, la demande du professionnel et la réponse des autorités sanitaires. En effet, répondre à un besoin exprimé par l'utilisateur ou le patient, devrait être corrélé à l'expression d'une demande des professionnels. En ce qui concerne l'HAD, il est important de resituer le besoin : être soigné ou vivre ses derniers instants à domicile. Qu'elle est alors, la demande des professionnels hospitaliers ou libéraux, prescripteurs habituels de l'HAD, pour répondre aux besoins des usagers ? L'absence d'une demande commune ferait apparaître une des causes de la sous-utilisation de l'HAD.

Situé à la frontière entre la ville et l'hôpital, l'HAD se trouve entre deux entités fortes de notre système de santé, et souffre d'une **identité** franche et acquise. D'une part, la méconnaissance qui existe autour de l'HAD ne favorise pas son développement et entraîne une sous-utilisation ou encore une utilisation non optimale pour la sortie du patient vers son domicile ou pour la prévention de l'hospitalisation conventionnelle. D'autre part, se rajoute un manque de perception de l'HAD comme établissement de santé et de ses avantages : la permanence des soins, la sécurité et la qualité des soins et les expertises.

Il n'y aurait donc pas d'organisation type, plus performante qu'une autre. Cependant, le **management** des HAD serait la clé de voûte de son fonctionnement, de la **communication interne** et donc de son identité. En Bretagne, **l'HAD le plus performant est celui qui a su développer un management** basé sur des relations et une coordination bien établie avec les libéraux, mais aussi, un effectif médical qui répond aux situations complexes, l'utilisation d'outils adaptés efficiente dans les prises en charge à domicile afin d'être disponible pour le patient et l'aidant. *A contrario*, le management de certains établissements HAD manque d'ambition lié par hypothèse au défaut de perception de l'HAD comme établissement de santé et a une représentation trop individuelle de la performance. De leur côté, les établissements publics et privés qui ont un HAD, le perçoivent davantage comme un service dépendant de la structure mère. Par conséquent, l'objectif de développement serait centré sur une utilisation favorisant l'aval pour les patients complexes.

Il faudrait alors identifier et d'adapter les réponses des autorités sanitaires afin de rendre l'HAD plus attractif comme par exemple d'intégrer l'HAD dans le cursus des études de médecine, la possibilité de prises en charge communes entre HAD et SSIAD et une tarification plus adaptée afin de travailler sereinement avec les infirmiers libéraux. Les HAD, de leur côté, devraient alors interroger les besoins des acteurs, adapter la stratégie interne afin de développer les services de l'HAD et construire une communication pertinente auprès des professionnels libéraux, d'une part, et les hospitaliers, d'autre part et sans oublier l'aidant. En effet, la réussite d'une prise en charge HAD repose, pour une grande part, sur l'aidant qui doit être reconnue comme un acteur indispensable dans l'admission du patient mais aussi dans le maintien à domicile. De plus, il est constaté que la présence d'usagers, de professionnels de santé hospitaliers et libéraux au sein du conseil d'administration de l'HAD, permet d'échanger collectivement sur les réponses aux différentes attentes vis-à-vis de l'HAD et de favoriser l'approche territoriale

In fine, le changement de nom : « l'hôpital du domicile » par exemple, offrirait une perspective moins hospitalocentrée et surtout, valoriserait l'HAD en tant qu'établissement de santé. L'élaboration d'une stratégie régionale serait également cohérente pour améliorer l'intervention de l'HAD dans le parcours de soins.

Bibliographie

Textes de lois :

Arrêté du 12 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées visées sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Légifrance visible sur le site internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032407206&dateTexte=&categorieLien=id>

DGOS. 2013. *Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)* [en ligne]. Disponible sur internet :

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf

Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile [en ligne]. Disponible sur internet :

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_14766.pdf

Circulaire N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile [en ligne]. Disponible sur internet :

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7220.pdf

Articles :

- Chevalier L.B.J et al. *Impact sur les pratiques professionnelles d'un protocole de soin mis en place entre l'hospitalisation avec hébergement et l'hospitalisation à domicile*. Santé Publique, 2015/2 (Vol. 27), p. 205-211. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-2-page-205.htm>
- Chauveau S. *Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ?*, Les tribunes de la santé 2011/4 (n°33), p 81-89.
- Collim A., Demanet Q et Paul E. *Magnet hospital et attractivité hospitalière*. Gestions hospitalières, n°544, mars 2015, p168-173.
- Crie D et Gallopel-Morvan K. *Le marketing hospitalier. Vous avez dit marketing ? Oui, marketing !* Revue Gestions Hospitalières, juin/juillet 2015, n°547, p 356-358.

- Crié D. *Pourquoi et comment le marketing à l'hôpital ?* Gestions hospitalières juin/juillet 2015, n°547, p 359-362.
- Boinet S. *Un outil de pilotage pour les établissements de santé.* Gestions Hospitalières, juin/juillet 2015, n°547, p368-371.
- Bungener M., Horellou-Lafarge Ch., (1988), *La production familiale de santé. Le cas de l'hospitalisation à domicile. Une approche économique et sociale*, CTNERHI/MiRe, 256p.
- Crié D., Gallopel-Morvan K., Louazel M., Tardif L.. Ouvrage collectif coordonné par Thierry Nobre. *Créer de la valeur grâce au marketing hospitalier. Innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre.* Dunod, 2014, p185-203.
- Gallopel-Morvan K. et Louazel M. ; *Les études de marché ; un outil au service de l'hôpital ?* Gestions hospitalières. Octobre 2012, n°519, p483-484.
- Goulipet-Fité G. *Optimiser la communication interne.* Gestions hospitalières n°552, janvier 2016, pp 56-61.
- Guinet A. *Organisation des soins à domicile en Europe et en Amérique du nord.* MOSIM 2014. 10^{ème} Conférence Francophone de Modélisation Optimisation et Simulation, Nov 2014, Nancy, France. <hal-01166613>
- Hassenteufel P., « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé* 2008/1 (n° 18), p. 21-28. Disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2008-1-page-21.htm>
- Heym R. *L'attractivité, un enjeu marketing.* Revue Gestions Hospitalières, juin/juillet 2015, n°547, p375-377.
- Neppel C. *Hospitalisation à domicile, les enjeux du développement.* Gestions hospitalières. Août/septembre 2008. N° 478, p465-468.
- Reynaud B. *les conditions de la confiance. Réflexions à partir du rapport salarial.* Revue économique, volume 49, n°6, 1998. pp. 1455-1472. Disponible sur internet : http://www.persee.fr/doc/reco_0035-2764_1998_num_49_6_410050
- Tardif L. et Louazel M. *Projet d'établissement et marketing hospitalier.* Gestions Hospitalières, juin/juillet 2015, n°547, p363-366.

Rapports :

- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Guide méthodologique 2016. Disponible sur internet :
<http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2876/guide-methodo-had-2016-provisoire2-vf.pdf>
- Agence Régionale de Santé de Bretagne. *Synthèse du Projet Régional de Santé 2012-2016*. p39
- Boucher M. « *Fin de vie en hospitalisation a domicile : acteurs : médecin généraliste, médecin coordonnateur, équipe HAD* ». Thèse de médecine soutenue à la Faculté de médecine de Grenoble le 16 Novembre 2011.
- Corbett L. Background paper 9: The changing Workforce from the Patient Perspective. *Health Policy Futures Engaging With Care: A Vision For The Health And Care Workforce Of England* .May 2007. Visible sur internet:
<http://jbs.cam.ac.uk/research/health/polifutures/restricted>
- Cours des comptes. *L'hospitalisation à domicile*. Décembre 2015, p50. [En ligne] Disponible sur internet :
<https://www.ccomptes.fr/content/download/88969/2113785/file/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>
- DREES. « *Le panorama des établissements de santé édition 2014* ». Collection études et statistiques 2015, p174. Visible sur internet le 15/04/2016 à l'adresse suivante :
<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2014/>
- Dupuis C. « *Soins palliatifs en HAD, quelle place pour le médecin généraliste ?* » Thèse de médecine soutenue à Rennes le 5 octobre 2015, p 52.
- Etablissements hospitaliers de Quimper, Douarnenez et Pont-Labbé. *Le nouveau modèle HAD : Synthèse des travaux menés entre janvier et mai 2015 au sein du territoire de santé Territoire 2*.Version du 27 mai 2015.
- FNEHAD. *Rapport d'activité 2014-2015, Assemblée générale du 5 juin 2015, Montpellier*. Visible sur internet le 13/05/2016 à l'adresse suivante :
http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/10/FNEHAD_RA_18x25cm_web.pdf
- Maranzana N. *Amélioration de la performance en conception par l'apprentissage en réseau de la conception innovante*. Ecole doctorale mathématiques, sciences de

l'information et de l'ingénieur, Thèse, 2009, p191. Disponible sur internet :

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00464861>

- IGAS. *Rapport national : rapport IGAS sur l'hospitalisation à domicile 2010* [en ligne]. Disponible sur internet le 18/06/2016 :
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article134>
- OCDE (2011), « Durée moyenne de séjour à l'hôpital », dans *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE. Disponible sur internet le 16/04/2016 :
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-33-fr
- ONFV « Vivre la fin de sa vie chez soi ». 2013, p143. Disponible sur internet le 20/04/2016 :
http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/ONFV_rapport_2013.pdf

Sites internet :

- HSTV. *Projet stratégique 2016-2020*.
<http://www.hstv.fr/wp-content/uploads/2016/02/Projet-Strat%C3%A9gique-HSTV-2016-2020-version-r%C3%A9sum%C3%A9.pdf>

Ouvrage :

- Bernoux P. *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Editions du seuil, 2004 et 2010, Paris, p 368.
- Dalmaso R. *L'hospitalisation à domicile*. Bordeaux. Les Etudes hospitalières, 2010, p 104.
- Larsenty L. et al. *Quel management pour concilier performances et bien-être au travail*. Editions Octarès, 2015, p 208.
- Raimondeau J. et al. *L'épreuve de santé publique*. Presses de l'EHESP, 2^e édition, 2016, p 220.
- Saint-Jean M. et Bastiani F. et al. *Soin et fin de vie. Pour une éthique de l'accompagnement*. Editions Seli Arslan. Paris, 2014, p188
- Sentilhes-Monkam A. *L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner*. Paris. L'Harmattan, 2007, p 260.
- Wolton D. *Informer n'est pas communiquer*. CNRS Editions. Paris, 2009, p146.
- Zucman E. . « Prendre soin de ceux qui ne guériront pas. La médecine questionnée par l'incurabilité et la fin de vie ». Editions Erès. Toulouse, 2016.

Liste des annexes

Annexe 1 : Sondage IFOP

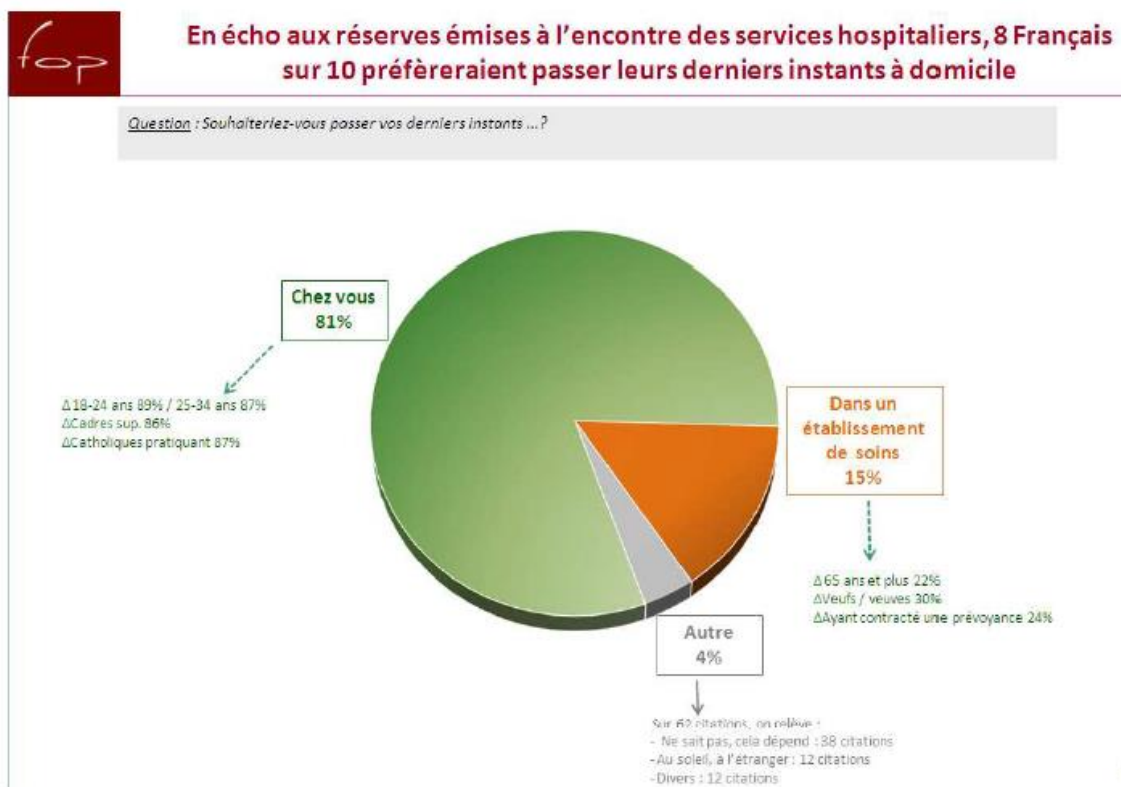
Annexe 2 : Entretien avec l'HAD 1

Annexe 3 : Plaquette HAD créée par l'ARS

Annexe 4 : Exemple de brochure d'un prestataire

Annexe 5 : Focus PRADO

Annexe 1 : Sondage IFOP : Les français et la mort 2010. Disponible sur internet⁹⁸



⁹⁸ Disponible au http://www.ifop.fr/media/poll/1283-1-study_file.pdf

Annexes 2 : Entretien avec l'HAD 1, le 20/04/2016 (1h52)**Depuis combien de temps êtes-vous à l'HAD ?**

Depuis 2012 en tant que médecin coordonnateur dans l'objectif d'être directeur. Je suis directeur depuis mai 2013.

**Quelle est votre mission au sein de l'établissement hormis le fait d'être directeur ?
J'ai vu sur votre plaquette que vous êtes aussi un des médecins coordonnateurs ?**

Jusqu'à très récemment et temps que mes collègues sont en vacances, je garde aussi une activité clinique et de coordination. Je suis donc à mi-temps directeur et à mi-temps médecin. Ce qui me permet aussi d'être au contact du terrain et de mes collègues parce que la stratégie de recrutement passe beaucoup par le compagnonnage médical. Une des problématiques que l'on avait en 2012 était qu'il n'y avait que deux médecins alors que l'on avait déjà 110 à 115 patients, donc on avait un problème d'organisation interne qui tenait à la continuité des soins médicaux. On n'était pas assez nombreux pour assurer ce que l'on devait assurer et c'était nécessaire de renforcer l'équipe et d'un autre côté, on avait un problème de crédibilité médicale vis-à-vis de l'hôpital. De fait on avait des patients qui revenaient aux urgences, des problèmes de suivi médical faute de disponibilité. Il était donc nécessaire de renforcer l'équipe médicale ce qui n'était pas simple parce que les médecins d'HAD on n'en trouve pas partout. Mais à mon avis c'est un des événements clé de la réussite. A partir d'une certaine taille d'HAD, il faut renforcer l'effectif médical, pour se permettre de grandir et en même temps d'assurer les missions indispensables pour être crédible vis-à-vis des collègues. Temps que l'on n'a pas franchi ce cap, c'est compliqué vis-à-vis des médecins hospitaliers ou même des médecins libéraux. Les libéraux quand ils nous proposent un patient, ils nous demandent de l'évaluer avec lui. Pour lui une HAD qui enverrait que les infirmières, je pense que ça ne tient pas la route. On voit très bien que sur le secteur T. de notre activité : l'arrivée du Dr L. nous a permis de consolider notre présence sur ce secteur et on voit bien que les entrées venant du domicile augmentent de manière exponentielle. Parce qu'on se connaît mieux, on connaît les collègues, on est réactif et on leur apporte des solutions et du coup ça fait un peu boule de

neige. Donc cette présence médicale importante est, à mon avis, un des facteurs clefs de la réussite.

Moi je tiens à garder cette vision du terrain pour sentir comment ça se passe et voir vers quelle priorité il faut que l'on aille, y compris en termes de modalité d'entrée, le type de patient, la manière dont on s'en occupe et les moyens mis en place pour être crédible. L'avantage d'être aussi directeur, c'est que l'échelle de décision est courte et que lorsque les priorités se dessinent on peut assez rapidement mettre les moyens en œuvre : des recrutements, des organisations ou de la communication. D'avoir la possibilité de saisir la balle au rebond lorsque l'on considère qu'il y a une perspective de développement et que cela rend un service. On peut alors se mettre en configuration pour le faire. La partie Directeur : organisationnelle, financier comme on peut le voir dans un hôpital classique, elle est moins prégnante en HAD parce qu'on est quand même que cinquante. Certes il y a des choses à faire et de ce point de vue, notre structure associative et le fait que je sois soutenu par un président et un trésorier du monde de la santé, me soulagent d'un certains nombres de tâches et me permettent de me consacrer à l'organisation soignante et au terrain.

Il y a dix ans, lors de la création de l'HAD, d'avoir un médecin directeur à la tête était une condition de réussite. Je ne dis pas ça parce que je suis médecin directeur. Je pense que c'est quelque chose qui permet de faciliter.

Vous me disiez que vos collègues étaient en vacances mais au quotidien arrivez-vous à maintenir une activité médicale au sein de l'établissement ?

Oui. Je prends les astreintes de nuit un jour sur quatre, un week-end sur cinq. Quand j'ai un collègue en vacances, je prends une partie de ses patients ce qui fait que malheureusement je mets un peu en sommeil mon activité de directeur et de ma capacité à gérer des réunions ou à organiser des rendez-vous du fait de l'imprévu clinique. C'est une difficulté lorsque l'on est directeur et médecin à la fois parce que tant que l'on a l'activité clinique on a du mal à s'organiser en termes de management pour être cohérent.

L'équipe médicale se renforce et petit à petit je vais être complètement déchargé des remplacements de mes collègues. Je continuerai à prendre des astreintes et rencontrer mes collègues sur le terrain.

C'est bien qu'il y ait un médecin aux manettes parce que l'HAD ça bouge tout le temps, si la chaîne de commandement est trop longue, ça ne marche pas. Il faut sans arrêt changer nos organisations. On change tous les six mois. Le fait d'avoir une chaîne de commandement qui est courte, cela nous permet de répondre assez vite. C'est très important, je pense.

Ça se joue au niveau de la réactivité

Oui et de la compréhension des enjeux. « Est qu'il faut y aller ou pas ? Pourquoi faire ? Quels moyens on doit mettre en face ? Est-ce que c'est cohérent ? »

Comment travaillent les médecins coordonnateurs ? Font-ils du codage ?

Ils ne font pas de codage. Très peu. Si on prend dans l'ordre chronologique de la prise en charge d'un patient :

- Evaluation du patient sur le lieu où il est. C'est donc une évaluation globale avec une infirmière de liaison, très structurée qui nous permet de déterminer les types de soins etc. Il y a déjà une réflexion sur le codage : est-ce que c'est de l'HAD ou pas ? Comment on le coderait ? Ils ont ça en arrière-plan.
- De la coordination hebdomadaire si le patient rentre avec l'équipe : assistante sociale.... Evidemment en lien avec les équipes libérales notamment avec le médecin traitant, qu'ils ont régulièrement en ligne, même avant l'entrée.
- Une grosse activité clinique, même si l'HAD n'est pas prescripteur, en réalité dans les domaines d'expertise que sont les soins palliatifs, douleur, le handicap, on est en première ligne. Quand un patient est instable, on demande au généraliste de se déplacer mais s'il ne peut pas, on n'y va à sa place et plutôt rapidement sinon le patient va aux urgences.
- Donc beaucoup d'imprévu et de clinique au quotidien (80% de leur temps).

Le fait qu'ils aient vu le patient à l'entrée leur donne des clés pour le codage mais c'est moi qui fait le codage pour avoir une vision plus globale pour plus de cohérence : est-ce que l'on a choisi le bon mode de prise en charge, est ce que les codes diagnostics sont bons ? Est-ce que la séquence que l'on fait nous paraît correspondre au mieux à l'état de santé du patient ? Est-ce que ce sont bien les priorités que l'on met en avant ?

Les médecins coordonnateurs ont surtout une activité clinique, de partenariat et de compagnonnage avec les collègues de l'hôpital ou au domicile. Pour nous, à part pour les plaies complexes, 100% des patients provenant du domicile, sont vus par le médecin coordonnateur avec l'entrée et de préférence en présence du médecin traitant. Et ça c'est assez fructueux, ça établit des liens de confiance, échanges de numéro de portable, on peut envoyer des SMS au médecin traitant... Ca fait le lien qui fait qu'il nous adresse de plus en plus de patients.

Il faut différencier le moment où le médecin traitant est demandeur, d'une évaluation parce que là, il va se rendre disponible et s'il ne peut pas c'est qu'il nous délègue cette confiance et ensuite on le tient au courant juste après la visite, en temps réel. Quand les patients sortent de l'hôpital, le timing est très serré. C'est donc compliqué pour eux car ce sont des sorties en 48h, on leur demande éventuellement de participer à une réunion dans l'après-midi dans deux jours. Leur planning est déjà rempli. C'est donc le point critique le plus marquant qui ressort de l'enquête c'est qu'ils sont contraints de nous dire « oui » car c'est leur patient qui sort de l'hôpital mais en même temps ils mettent le doigt dans un engrenage où le patient est compliqué donc il va désorganiser leur consultation. Et ils ont l'impression que l'on fait à leur place parce qu'ils ne sont pas disponibles. L'HAD amène donc de la complexité et pour certains ça les irrite. Cette pression du patient qui sort de l'hôpital, en plus de tout ce que le mot HOPITAL peut générer de fantasme : c'est de l'administratif, c'est lourd, c'est l'Etat, c'est les papiers.... Ca les bloque un peu. Quand ils appellent du domicile, on est dans une autre démarche. Ils ont besoin de nous, on se rend disponibles, on essaye de faire les choses de manière assez coordonnée. Souvent c'est beaucoup plus simple mais ce n'est pas tout le monde qui demande au domicile. Il y a un certain nombre de généralistes qui récupèrent leur patient après l'hôpital mais qui ne nous ont jamais fait de demande. La demande pour les plus enthousiastes c'est 5 à 10 patients par an. Ils ne peuvent pas connaître les subtilités d'une organisation d'une HAD et du motif exact pour lequel on va accepter ou refuser la prise en charge. Pour deux patients compliqués, on va accepter l'un et pas l'autre, donc pour eux ce n'est pas très visible comme modèle. Donc on ne sait pas s'il va nous appeler après. Ce qu'on essaye de faire, c'est que quand on ne les prend pas, parce que ça ne relève pas de l'HAD, de les orienter (dispositif d'aide, social).

Sur votre plaquette il y a deux médecins libéraux, comment s'insèrent-ils au sein de l'équipe et quelles sont leurs missions ?

C'est une idée géniale de mon prédécesseur. Il est allé voir des généralistes qui bossaient bien avec nous pour leur demander si ça les intéressait de prendre des gardes avec nous le week-end. On a formé quatre généralistes au DU douleur, pour qu'ils aient des connaissances robustes sur la prise en charge de la douleur sévère du patient cancéreux. C'est principalement les demandes du week-end. Du coup ils allègent un peu notre planning de garde le weekend. A notre contact, ils ont acquis des connaissances qui les aident au quotidien dans leur activité. Ils sont donc deux piliers de notre système de garde, sachant qu'ils ont tous les deux un cabinet généraliste à temps plein.

Comment ça se passe pour les gardes ? Ils connaissent déjà les patients ?

Non. Ils récupèrent la valise de garde le vendredi, ils ont accès en temps réel à notre logiciel patient dans lequel on a des éléments de coordination indispensables à connaître et pour lesquels ils ont des codes d'accès (web service). Et ils sont en binôme avec une infirmière de coordination de l'HAD qui connaît les patients. Ils ont donc un rôle de visite médicale urgente le weekend pour les patients de l'HAD. Ils se déplacent, on les rémunère pour ça.

Combien d'infirmières de coordination avez-vous ?

Une vingtaine. Elles sont dotées de casques/micros. En effet ça améliore le confort sonore et la qualité du travail. Dans quelques semaines, nous aurons tous le même casque/micro. Pour avoir aussi un système de téléphonie qui passe par les ordinateurs. C'est plus facile à gérer et nous libère les mains pour faire autre chose. En termes de niveau sonore et ambiance de travail : rien à voir.

On travaille beaucoup sur cette question de l'organisation du travail en mode innovant et nomade : PC 3G, smartphone, télémedecine, accessibilité du logiciel patient en tout lieu, téléphonie moderne, demain on va tester un système de dictée vocale numérique pour dicter nos comptes rendus et les évaluations. Ça va quatre fois plus vite. Ces multitâches de traçabilité, sont redondantes et plus on peut les automatiser et mieux c'est.

Comme on a eu la chance d'être élu dans les programmes « hôpital numérique », on a donc une vision assez vaste. On essaie donc d'optimiser les outils de travail, notamment

pour les infirmières de coordination. Je n'ai pas forcément besoin qu'elles reviennent à la base pour taper des comptes rendu. En tout cas, ne pas avoir la contrainte du bureau, apporte de la souplesse. Parce que le métier d'infirmière HAD c'est rude. C'est beaucoup d'heures et beaucoup d'imprévus. Donc plus on pourra les rendre autonomes dans l'organisation avec des outils modernes plus on a de chance qu'elles aient du temps à consacrer au patient.

Et les infirmières de liaison, elles sont localisées sur l'hôpital ?

Jusqu'à cette semaine, elles sont nommément attribuées à un établissement. Il y en a une qui fait les deux cliniques, il y en a deux à temps plein qui sont à l'hôpital et une sur X. et une sur les établissements plus lointains, le domicile. Là on est en train de revoir notre organisation car on est en train de s'apercevoir que l'on perd de l'information entre l'infirmière de liaison, de coordination et la cadre. Donc on va le recentrer sur un secteur géographique. On a trois équipes autonomes sur notre secteur. Maintenant qu'elles sont bien connues des établissements, intégrer les équipes autonomes et donc de s'occuper des patients susceptibles de rentrer sur son secteur géographique.

Vous parlez en autre de l'antenne à X.?

Oui. Une antenne que l'on est en train de finir d'équiper pour cet été et qui sera dans l'enceinte de l'hôpital dans un bâtiment qui est indépendant et qui est une base avant qui est très importante pour nous. Nous avons beaucoup de patients au domicile dans ce secteur du fait de la démographie vieillissante, une activité autour de la fin de vie. Et donc beaucoup d'imprévus, dans un secteur assez grand. Donc le fait d'avoir une base plus avancée, nous permettra d'être plus réactif.

L'antenne Y. : les locaux sont ici car ce n'est pas très loin. Il y a une équipe qui est assez autonome (un Cadre, 4 infirmières, 1 Assistante sociale, 1 médecin), ce qui permet de faire des staffs pour un groupe de patients pluridisciplinaires ce qui permet d'être plus efficient.

Vous vous rendez donc assez disponible pour avoir des remontées quelle que soit leur nature.

Vous faites des staffs avec vos équipes ?

Oui. Staff de secteur, réunion de groupe.

Ces réunions sont-elles quotidiennes ?

La chaîne de décision étant courte, on les organise autant de fois qu'il est nécessaire.

Concernant les relations avec les libéraux, on a déjà évoqué les relations avec les médecins libéraux, comment se passent les relations avec les pharmaciens ?

C'est une histoire compliquée. On a fait le choix dans l'ADN du départ de conserver tous les professionnels que le patient connaissait déjà. Pas de PUI. Mais pharmacien d'officine, infirmière libérale. On conserve au maximum le tissu libéral existant avant nous.

Il y a des patients qui ont déjà des liens avec les pharmaciens et notamment pour du matériel. Ce que le pharmacien apprécie car il fait sa rentabilité là-dessus. Donc dire, l'HAD arrive, on a un contrat avec les prestataires, on vire tout le monde et puis lorsque que l'on partira on remettra tout comme c'était avant, ça peut être compliqué pour le patient et son entourage sur le plan logistique et ça peut être irritant voire très irritant par le pharmacien qui de fait est mis de côté et à qui on va demander en plus de fournir les pilules en urgence, des produits qu'ils n'ont pas. L'HAD ça désorganise un pharmacien d'officine, on est parfaitement au clair avec ça. Mais je pense que c'est le professionnel sur le plan du médicament qui est le point critique en HAD, qui connaît le mieux le patient. Donc on a dit que l'on s'appuierait sur lui et ce n'est pas prêt de changer.

Ils s'y retrouvent. Nous on y gagne en réactivité ce qu'on y perd en sécurisation du circuit du médicament et sûrement en coût mais on ne peut pas gagner sur tous les tableaux. Un pharmacien qui connaît bien le patient, qui a envie de s'investir un minimum dans le suivi du médicament, dans l'observance, ce qu'on livre au patient etc. Ca me paraît important. Ca nous coûte un peu d'argent mais après tout cela fait vivre le pharmacien. Donc nous ce que l'on touche de la sécu on le réinjecte dans le tissu local. Pour eux c'est compliqué, on leur envoie des fax d'entrées, de sorties, des prescriptions de matériels... Il dédie souvent une personne de leur personnel pour les patients en HAD.

On travaille avec le prestataire du pharmacien. On aurait pu prendre un prestataire de matériel. Nous : autant de pharmaciens, autant de prestataires. On n'est pas maître du prestataire, c'est le pharmacien qui choisit. On a juste une convention cadre qui fixe les tarifs de locations en particulier, on maîtrise donc à peu près les prix. Mais on a beaucoup d'interlocuteurs, génère beaucoup de travail (fax, lettres de mission). Beaucoup de temps à détricoter et à tricoter. Nous on pense que le pharmacien pour le patient c'est l'avenir. Lui

en fonction de son état d'âme, il ne nous aime pas forcément. A la fois on lui amène des complications, on a des consommables que l'on fournit nous-mêmes car ils sont très spécifiques. Pour les pansements, comme le traitement change très souvent, on préfère donc fournir les pansements et les livrer au fur et à mesure. Donc le pharmacien perd des ventes sur les pansements, c'est un endroit où il y a de la marge, il n'aime pas ça. Mais nous on pense que pour la qualité de la prise en charge du patient, il faut travailler avec les officines. Ca nous embête, c'est compliqué. Ca les embête, c'est compliqué. Mais je crois que l'on est amené à s'entendre.

Pouvez-vous me réexpliquer le lien que vous avez avec le prestataire du pharmacien ? Ce n'est pas le pharmacien qui fait le lien avec son prestataire ?

Le pharmacien touche une marge au passage à chaque fois. On fait la commande à la pharmacie qui traite avec son prestataire. On a fait une convention cadre des prix des matériels de location qui est pour tous les pharmaciens du territoire. Sinon on aurait travaillé avec un seul prestataire. Ils ont bien vu que dans ce cas-là, ils allaient perdre tout. Ils ont donc signé un peu à contre cœur. Et ce tarif-là, il s'applique à tous les prestataires avec qui on travaille.

L'HAD dans les coins un peu perdus c'est aussi les médecins traitants, la présence des pharmaciens, des infirmières libérales. Pourquoi on arrive à faire fonctionner notre HAD avec des infirmiers libéraux ? Parce que la densité des infirmiers libéraux, elle n'est pas si mal. Et si je n'avais pas d'infirmières libérales, je serai bien obligé de les embaucher moi-même. Et de les envoyer aux quatre coins du département dans une voiture. Notre réussite tient aussi d'un terreau fertile d'un territoire qui n'est pas trop anfractueux. Nous, dans 95% des cas on trouve une infirmière et qui est d'accord de travailler avec nous. Et si les pharmaciens, infirmières nous disent qu'elles ne veulent plus travailler avec nous, on va être beaucoup plus dans les difficultés pour exercer notre métier. Les HAD qui n'ont pas la chance d'avoir les libéraux en quantité suffisantes ou encore pire des libéraux qui font front contre eux, ils ont du mal à se développer. Sans compter que lorsque l'on dit du mal de l'HAD, elle a plus de mal à se développer.

Je pense que pour l'avenir de notre système de santé, pour maintenir un tissu de santé au plus près du patient il faut respecter les gens qui sont là. Ils vont peut-être se réorganiser, faire d'autres métiers... mais s'ils ne sont plus là du tout, c'est foutu.

Notre modèle en tant qu'HAD est intéressant parce que quand on vient, on fait du conseil de la formation, on assure la continuité des soins mais on ne fait pas à la place de.

Donc les infirmiers libéraux, à force de travailler avec nous, on les forme. Ils savent manier les pompes, poser des perfusions, piquer dans une chambre implantable, s'occuper d'un pansement VAC... Le tissu local, libéral autour de nous, il est plus performant que le territoire où l'HAD fonctionne avec ses soignants. Pour les patients qui sont sans HAD, je pense que la qualité de la prestation des libéraux qui bossent sur notre territoire, elle est probablement meilleure, même si c'est difficile à quantifier. Parce qu'ils sont plus souvent en contact avec des soins complexes et on les laisse faire, on les forme, on les accompagne.

Aujourd'hui ce qui nous ennuie ce sont les infirmières libérales qui bossent avec nous et qui refusent de faire des astreintes. Elles détestent ça. Elles veulent absolument éviter ça. Sauf aujourd'hui au regard de la complexité des patients, les cabinets infirmiers qui n'assureraient plus d'astreintes la nuit dans les années qui viennent mais ça ne va pas marcher. Comment on va faire ? On met tout le monde aux urgences ? On refuse de les désengager de ça et donc quand elles refusent d'assurer les astreintes, on change de cabinet. De temps en temps on est embêté, mais on ne déroge pas. L'infirmière libérale c'est son patient, on est en soutien. La nuit s'il y a un problème, on l'appelle en premier, elle ne répond pas, on va à sa place mais c'est elle qui est d'astreinte.

J'espère que dans les prochaines années, on va tisser des liens plus serrés avec les Maisons de Santé Pluridisciplinaires. Ils prennent plus de prises en charge compliquées parce qu'ils sont bien organisés. A un moment, ils auront besoin de nous mais ils auront géré pas mal de choses. A P. ils ont un médecin de garde tout le temps. Donc quand on a des patients avec eux, c'est super confortable. Lorsqu'il y a un patient qui capote, il y a toujours un médecin qui se déplace. Sinon on y va mais c'est à quarante kilomètres.

Donc ce tissu libéral je pense qu'il est pertinent. Parce que nous on est l'interface avec l'hôpital, donc on apporte de la technique hospitalière et on les forme. On fait office de formateur pour tout un ensemble de professionnels.

Vous les formez au domicile du patient et/ou dans vos locaux ?

Au domicile du patient à chaque fois qu'un patient rentre et on organise différentes formations sur des thématiques plusieurs fois par an, réparties sur le territoire : les soins techniques, l'hygiène, la traçabilité. On arrive à réunir entre 40 à 60 personnes à chaque fois. On fait des journées entières d'ateliers.

Comment rémunérez-vous les infirmiers libéraux ?

Avec l'ancienne nomenclature pour l'instant. Pour trois raisons :

- La bascule vers la nouvelle nomenclature soutenue par la FNEHAD elle était en cours et c'était un peu mouvant donc on ne voulait pas changer et revenir en arrière.
- On a fait une étude comparative sur une quarantaine de patients l'année dernière en utilisant notre nomenclature aujourd'hui sans dégressivité avec des actes en plus pour les pansements complexes, les soins de nursing, pour la permanence... Et quand on la compare avec la nouvelle nomenclature qui fonctionne autrement on arrive en moyenne au même coût.

Alors il y a des choses où on perd à tous les coups et pour nous c'est insupportable, ce sont les perfusions. Qui sont très surpayées dans la nomenclature en particulier dans le domaine du soin palliatif et d'autres où les professionnels y perdent : les pansements. Dans la nouvelle nomenclature, il y a pleins de choses qui n'y sont pas. Si on applique la nouvelle nomenclature, toute la nomenclature, rien que la nomenclature, ils ne sont pas gagnants. Ils ne l'ont pas encore compris.

Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de travailler avec des infirmières libérales ?

Les avantages sont :

- Pour le patient, il les connaît.
- La proximité géographique : pour les astreintes nocturnes et leur capacité de faire des tournées pas trop loin du patient.
- Pour nous, ce n'est pas d'envoyer des infirmières aux quatre coins du département pour faire des perfusions répétées, des soins pluri quotidiens avec tout ce que ça génère en contrainte organisationnelle.
- Et puis la capacité d'absorber les fluctuations d'activité plus facilement parce que tant que l'on a une infirmière libérale qui répond, on n'a pas une équipe HAD débordée qui ne peut pas prendre un patient de plus. L'année dernière on a eu plus de 17% d'activité, et si j'avais dû les absorber avec les infirmières que j'avais moi comme salariées faisant des soins, j'aurais eu du mal. Alors que là, on a souffert en termes de coordination c'est sûr pendant les vacances mais les soins ont été quand même réalisés. Si les forfaits

changeaient et qu'ils étaient tellement défavorables, on en embaucherait. Cela dépendra des syndicats infirmiers et des prestataires de santé.

Aujourd'hui dans les perfusions complexes, compte-tenu du modèle tarifaire HAD, l'HAD perd de l'argent à chaque patient, tous les jours. Je peux dire que la perfusion j'abandonne. Ca me coûte 80€ de déficit, donc je n'en prends pas. Je les laisse aux prestataires de santé, ils se débrouillent. Mais ça coûte plus cher à la sécu qu'en HAD. Après c'est un problème qui concerne l'Etat. Mais aujourd'hui la nutrition entérale, parentérale et traitement intraveineux si on regarde les recettes c'est intéressant et si on regarde les dépenses, c'est très défavorable. Moi je perds de l'argent tous les jours car le modèle tarifaire est déséquilibré. Si je vois que systématiquement que les perfusions d'antibiotiques et les perfusions répétées dans la journée, je perds de l'argent tous les jours et que les prestataires veulent se battre pour les avoir, c'est leur problème. C'est le problème du Ministère de la Santé qui fait du tarif déséquilibré HAD. Ce n'est pas mon problème. Je les laisse partir avec les prestataires. Je pense que c'est dommage car il n'y a pas de coordination médicale, de permanence médicale la nuit, il n'y pas personne qui se déplacera la nuit pour déboucher la chambre implantable, personne pour appeler l'oncologue pour un patient qui a de la fièvre et lui dire qu'on lui a fait des hémocultures. Le patient ira systématiquement à l'hôpital. Je pense qu'en termes de service rendu, c'est nul. Et si on me dit, vous perdez de l'argent à chaque fois que vous en prenez, et bien tant pis. Je les prendrai quand je pourrai vivre avec ça et pas forcément gagner de l'argent mais au moins équilibrer les comptes.

On négocie avec les IDEL mais on arrive toujours à trouver un terrain d'entente. Mais par contre on contrôle toutes les factures. Donc on est à la source de la dépense car c'est nous qui la prescrivons et on la contrôle après. Il n'y pas trop de dérapages. Je connais des HAD qui payent sans vérifier, alors là c'est sûr que sur le plan de la rentabilité de l'HAD, ce n'est pas demain que ça va arriver. Parce que les libéraux, des fois ils ont du mal avec la nomenclature. Les patients ont un état clinique instable. La lettre de mission du lundi n'est pas celle du jeudi. On est donc à l'écoute de toute anomalie et si ça paraît légitime on fait.

Comment se passe les relais notamment avec les SSIAD ?

C'est la galère. Ce n'est pas beaucoup de patient mais c'est à chaque fois la galère. Ils n'ont pas vraiment de place. On essaie de s'y prendre tôt. Le patient HAD- est souvent

SSIAD++. Trop léger pour nous mais trop lourds pour eux. On a de temps en temps des patients que l'on n'arrive pas à sortir d'HAD faute de relais.

Dans l'autre sens c'est pareil des patients qui sont en SSIAD et qui sont en soins palliatifs et qui auraient besoin de l'HAD. Quand on commence à dire que l'on va devoir virer tout le monde, mettre d'autres personnes parce que l'on ne peut pas travailler avec le SSIAD, c'est embêtant pour les familles, pour les patients et pour le SSIAD.

Comment faites-vous pour des patients qui sont seuls chez eux ?

On a trois assistantes sociales à temps plein. On est assez agressif dans notre capacité à solliciter les aides sociales, légales etc. Après on aide au maximum de mettre de l'aide humaine autour du patient. Le fait d'être seul, n'est pas une contre-indication à l'HAD. On a peut-être 40% de gens qui vivent seuls. Alors que pour d'autres HAD, c'est un critère de refus.

On a aussi l'originalité d'avoir sur notre territoire un service itinérant de nuit avec des AVS qui est promu par l'ADMR, créé il y a 5 à 6 ans en partenariat avec nous. Ce sont des auxiliaires de vie qui tournent et qui sont programmées chez les patients pour un change, une mobilisation, vérifié que le patient n'est pas tombé, qu'il n'a pas besoin de boire. C'est pour les patients qui vivent seuls ou pour les conjoints qui ont besoin de se reposer. Donc on finance ces passages, pour certains de nos patients. Les AVS peuvent nous appeler 24h/24. On a la chance d'avoir ça. Il y a cinq à six tournées. Il doit y avoir une centaine de patients qui sont vus entre ceux de l'HAD et ceux du secteur personnes âgées et handicap. A chaque fois que l'on a du soin palliatif et que l'on peut mobiliser un passage AVS, on n'hésite pas. On se sert aussi beaucoup des gardes malades. On finance le service itinérant et on a décidé de financer ça pour que les gens soient chez eux. Sinon ils seraient à l'hôpital ou en SSR.

Est-ce vous qui êtes allé les voir en leur disant que vous aviez besoin de cela ?

Non. C'est l'ADMR qui avait un ou deux patients handicapés pour lesquels ils intervenaient déjà pour des couchers tardifs et qui est venu nous voir. On a commencé avec une tournée. Et puis ça a bien marché.

Du fait qu'un établissement de rééducation fonctionnelle soit proche avez-vous une activité orientée handicap ?

Oui handicap et maladie neuro-dégénérative parce qu'on participe à des sorties de patients pour des essais de retour à domicile après des séjours longs en particulier : des tétraplégiques, des scléroses en plaque qui sont en cours de réinsertion. On fait des essais le weekend les personnes handicapées.

L'autre versant c'est les SLA, c'est beaucoup de prise en charge palliative et nous sommes beaucoup sollicités du fait de nos compétences en soins palliatifs et aussi du fait que l'on soit deux médecins rééducateurs. En plus, on a un certain nombre d'infirmières de coordination qui antérieurement exerçaient [dans cet établissement de rééducation fonctionnelle] et qui du coup ont aussi l'expérience du handicap et de la rééducation fonctionnelle.

Quelles sont vos relations avec les établissements ? Est- ce que vous vous déplacez régulièrement ?

Oui. On participe à la plupart des instances. Je suis au conseil de surveillance de l'hôpital de X. je participe aux réunions de coopération avec l'hôpital, on a des projets en communs. J'ai été intégré à la réflexion même si ça s'est fait un peu tardivement sur les GHT. J'ai participé à plusieurs réunions pour lire avec eux leur projet de projet médical partagé et y apporter ma touche HAD. Sur le versant domicile, c'était un peu pauvre. D'autres pistes de collaboration : la télémédecine, les soins palliatifs à domicile, sur la coordination des acteurs, sur les sorties précoces et l'évaluation des projets de sorties le plus en amont possible, sur les sorties de SSR, sur les passerelles, les interfaces. Sur les capacités à évaluer les patients en commun, je ne sais pas si ça se fera un jour, je milite pour ça mais je milite un peu tout seul : sur le fait qu'un patient qui rentre à l'hôpital dès lors que ce n'est pas simple, ça vaut le coup de l'évaluer très tôt pour savoir quel est son parcours à la sortie. Que ce soit de l'HAD ou pas de l'HAD. Mais dans tous les cas, si on est plusieurs à se poser les bonnes questions et suffisamment tôt, on va raccourcir les DMS et puis on va les orienter aux bons endroits. Pour nous c'est intéressant de faire ça parce que du coup, les patients qui relèvent d'HAD, ils ne vont pas trainer dans les lits et puis c'est intéressant pour eux aussi pour les patients qui ne relèvent pas de l'HAD, on va les aider pour les orienter au mieux car nous on connaît tout le monde (libéral) qui nous entoure. Il faut créer des choses, inventer des nouvelles manières de fonctionner mais il me paraît indispensable de faire une évaluation globale des patients à l'hôpital dès lors que leur état le demande.

J'ai pu constater que l'anticipation n'est pas une notion envisagée dans beaucoup d'établissements de santé.

Pour un établissement ça commence à être très embêtant quand un hôpital déborde. Tant que ça ne déborde pas et que ça le fait, finalement il n'y pas trop de problèmes. Mais une fois que ça déborde, alors là ça devient urgent. D'ailleurs on voit bien que nos demandes d'admissions et nos entrées, elles dépendent de l'état de l'hôpital. Si l'hôpital ne déborde pas, il n'y a plus de demandes HAD. Donc c'est bien que l'on évalue les projets de sorties très tardivement. On participe à une cellule de veille (*en standby pour le moment*) qui est une réunion tous les lundis à l'hôpital, pour justement l'hôpital qui déborde, des patients qui sont là depuis longtemps, pour savoir comment on s'organise. Il y a la liste des patients qui sont là depuis plus de trente jours et la plupart du temps, il y en a aucun que l'HAD connaît. Ça ne veut pas dire qu'on les prendrait mais en tout cas on n'a pas été interpellé pour les prendre. Ils (personnels de l'hôpital) restent persuadés que les choses se passent correctement. J'ai eu des collègues de SSR et des chirurgiens qui étaient persuadés qu'ils nous envoyaient régulièrement des demandes de suite chirurgicale dans les temps. Je leur ai dit que leur majorité de leur chirurgie est programmée et qu'ils peuvent envisager si cela va être compliqué ou pas après le bloc. Je n'ai jamais vu un patient en pré-opératoire. Jamais. Alors qu'une personne âgée de 80 ans à qui on enlève l'intestin grêle, on peut imaginer que si elle vit toute seule à la maison, ça va être compliqué. On a intérêt de la voir en pré-opératoire pour voir le domicile, la dénutrition et programmer son parcours HAD avant qu'elle est eu le ventre ouvert. Evidemment que le chirurgien opère le lundi et qu'il m'appelle le mercredi pour une sortie le vendredi, ça ne va pas aller. S'il m'appelle en janvier pour une chirurgie qui aura lieu en février et bien là ça ira mieux. On est aussi investi dans les nouveaux parcours de sorties précoces après chirurgie. J'en ai discuté avec un chirurgien : la cause c'est que comme vous y avez pensé, vous l'avez évalué alors vous l'avez anticipé et donc il y a moins de complications. Le fait d'avoir eu le temps de penser au plan nutritionnel, aides humaines... et donc le patient va mieux.

C'est une priorité de santé publique, une priorité pour les patients et on passe notre temps à se battre pour aller chercher les patients. On a l'impression que les autres ne veulent pas nous les envoyer. C'est épuisant !

Vous avez une idée du pourquoi ?

Je pense que l'on n'est pas dans le modèle, on n'est pas compréhensible. On reste un dispositif parmi un autre. Ils ne nous connaissent pas forcément très bien. Ils ne savent pas bien ce que l'on fait.

Intervenez-vous dans les FAC de médecine, les IFSI ?

Dans les IFSI. On accueille des internes dans le cadre de leur stage chez le généraliste, ils viennent en immersion. On a fait une demande d'accueil d'interne en médecine générale à la Faculté de médecine. On va voir s'il nous accorde un poste. Pour l'instant on n'a pas de réponse... HAD priorité de santé publique, HAD avec 5 médecins. Pour appuyer la promotion de l'HAD à travers la formation des jeunes médecins, il faudrait que l'on en forme quelques-uns.

On voit qu'en termes de coordination, de maîtrise des dispositifs sociaux disponible au domicile pour garder son malade, interface avec les spécialistes, capacités de réaliser des soins à domicile... Un interne qui veut s'installer a très intérêt à nous connaître, parce que ça va lui permettre de beaucoup mieux s'occuper de son patient. C'est bien connaître la prise en charge de la fin de vie, de la douleur, des plaies chroniques...

Comment est la relation entre les EHPAD et l'HAD ?

De mieux en mieux. On complète l'équipe de l'EHPAD avec les infirmières libérales. Cela amène beaucoup de chamboulement dans l'EHPAD. Il y a un certains nombres d'EHPAD qui font régulièrement appel à nous, et plus on travaille avec elles et plus elles font appel à nous. Mais il y a au moins la moitié des EHPAD du territoire qui ne font jamais appel à nous.

Avez-vous des stratégies pour augmenter le taux de recours ? Et une stratégie de développement de l'HAD au sein du GHT ?

On est l'HAD qui a le meilleur taux de recours de France métropolitaine (Rires). 125 patients/ jour. Il y a des perspectives intéressantes. Dans 3 ans on peut être à 150-160 patients alors que l'on est à 120-130. A mon avis, il y a une niche énorme, parce qu'il y a pleins de plaies complexes qui sont mal prises en charge et pour lesquelles on nous sollicite très peu et qui font des allers/retours à l'hôpital, SSR. Sur les soins palliatifs, on est appelé très tardivement et essentiellement pour des soins techniques : pompes, plaies... Alors que l'on pourrait aider beaucoup plus tôt y compris dans l'accompagnement des

familles : mise en place de garde malade, soutien aux aidants dans une perspective de fin de vie qui s'annonce. En moyenne ils comprennent qu'il ne faut pas nous appeler le vendredi à 14h et que l'accompagnement doit être plus global. Le dernier mois ce serait intéressant que l'on n'arrive pas la veille. Il y a un challenge avec un plan soins palliatifs qui est très orienté domicile et formation (donc des libéraux). Normalement on devrait apporter une aide très intéressante aux généralistes et aux IDEL et on est loin d'avoir communiqué suffisamment.

Dans le domaine de l'hôpital, les sorties chirurgicales on n'en a pas beaucoup. IL y a un volet chimiothérapie pour laquelle il y a des recommandations HAS, la FNEHAD a travaillé. Avec la télémédecine les perspectives sont aussi à l'amélioration

Avez-vous l'impression de faire beaucoup de communication ?

On ne fait que ça. Pas organisée. On est plus dans le compagnonnage au jour le jour. C'est le travail des IDELI. On voit que ça manque. On voit qu'en chirurgie, il va falloir que je reprenne mon bâton de pèlerin pour aller voir toutes les équipes chirurgicales. Il y a une équipe chirurgicale qui a dit que l'on n'était pas assez réactif. Evidemment ils nous appellent trop tard. Du coup les lits sont bloqués... Il faut que l'on travaille autrement. Ils ne nous connaissent pas sur tout ce que l'on sait faire : la télémédecine avec les plaies chroniques... Ils n'ont pas encore perçu comment ça peut leur faciliter la vie.

Malgré que l'on ait un bon taux de recours et que l'on soit repéré sur le territoire, on va être obligé encore de faire de la communication. Dans l'enquête que nous avons faite l'année dernière il y avait 1/3 des hospitaliers qui disaient ne pas nous connaître et il y avait au minimum 1/3 des généralistes qui ne savaient pas qu'ils pouvaient nous adresser des patients. Et puis c'est incompréhensible : 25 modes de prises en charge, pour un professionnel c'est juste incompréhensible

Nous avons fait des petites fiches de simplification pour dire si le patient relève de l'HAD ou pas, avec des petites cases à cocher. S'il a plus de 30 min de pansement, plus de 2h de nursing, appelez-nous !

Donc la communication oui mais l'hôpital n'est pas plein, on n'a pas de demandes

Que pensez-vous de l'ancrage territorial de l'HAD notamment par la PTA ?

Une PTA sans HAD, c'est impensable. Il y a des problèmes de vocabulaire, la PTA fait de la coordination, a des cas complexes, nous aussi. Donc qui fait quoi ? En même temps la

PTA n'est pas effecteur, elle n'est pas là la nuit, ni weekend. Chacun a sa place. Pour l'instant on est plus dans l'apprivoisement. Il y a pleins de patients qui ne relèvent pas de l'HAD et n'en relèveront jamais. C'est comme le PRADO. Ce n'est pas la même chose. Je ne suis concurrent du PRADO.

Il faudrait évaluer les patients et les orienter dans les dispositifs adaptés. Mais 80% des patients seraient orientés correctement avant la chirurgie.

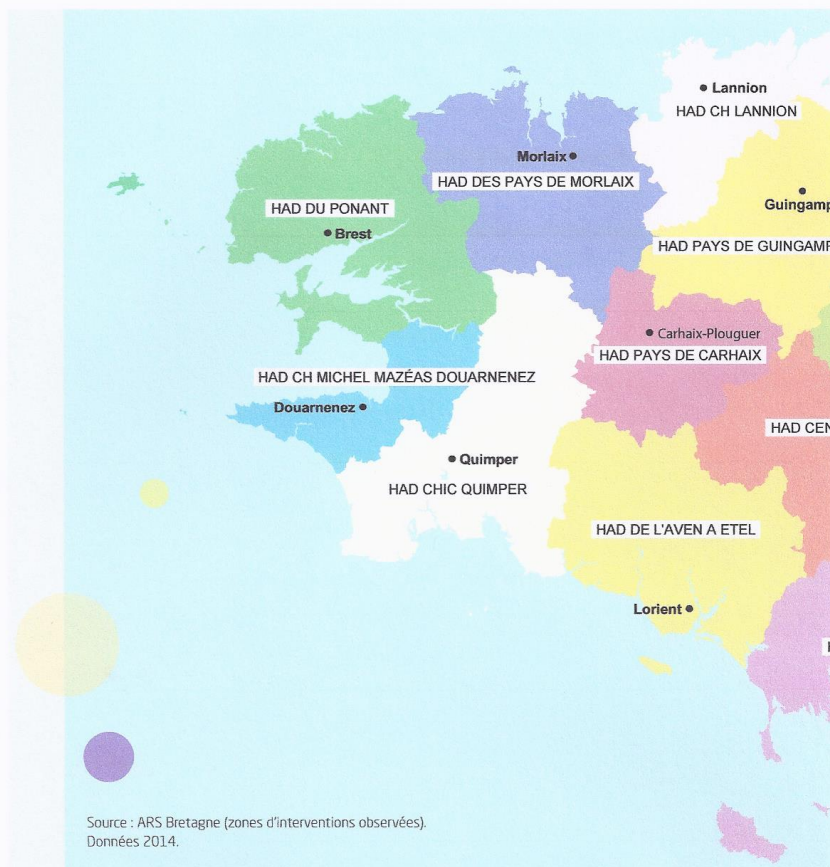
Comment se passent les prises en charge sur l'Ile ?

C'est 3 prises en charge les grandes années. Il n'y a pas d'ambulance, appeler le pompiers, après l'amener au bateau. C'est le bazar. On réfléchit. Avec le Google Glass. C'est 300€ (c'est aller-retour par mois) par mois pour un ordi, une paire de lunettes. C'est une alternative surtout pour la médecine insulaire. Potentiellement on peut avoir des « Google glass » qui fonctionnent avec les Smartphones.

Le circuit du médicament : les IDEC ne passent en moyenne qu'une fois par semaine. Donc si le médecin traitant modifie des prescriptions, il faudrait que l'on soit informé et puis que le plan de traitement soit à jour. On travaille beaucoup sur l'évolution des logiciels, des tablettes à domicile pour qu'il y ait le plan de soin, que l'on puisse y accordé un saturomètre.... Comment faire pour que le domicile soit connecté à l'HAD tout le temps ? Pour qu'on ait l'info en temps réel.

Sur l'Ile la densité des professionnels pose problèmes. Les soins palliatifs pour le IDEL de l'île c'est épuisant, ils n'en peuvent plus. Il faut que l'on réfléchisse comment faire. Pas de garde malade. Il y a un problème d'équité.

Annexe 3: Plaquette HAD créée par l'ARS de Bretagne



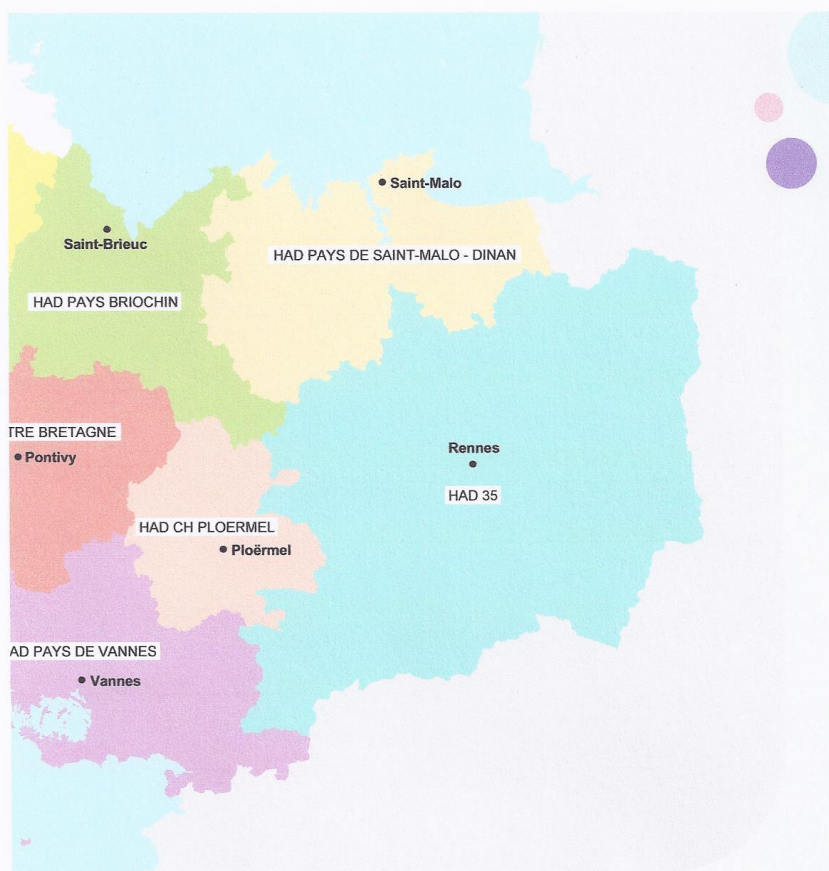
**De multiples pathologies
prises en charge**

L'HAD intervient au domicile et dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Les pathologies les plus courantes sont : cancérologie, pathologies neuro-dégénératives, traitements post-chirurgicaux complexes, maladies infectieuses graves, obstétrique (ante ou post-partum pathologique), pédiatrie, etc.



**Le médecin
traitant référent**

La prise en charge HAD est subordonnée à une prescription médicale par un médecin généraliste ou d'un établissement de santé. Elle nécessite l'accord formel du médecin traitant qui reste le référent de la prise en charge.



**Une prise en charge
pluridisciplinaire et
complémentaire**

De nombreux professionnels interviennent dans la prise en charge HAD : médecin, infirmier, pharmacien, psychologue, assistante sociale, sage-femme, etc.



**Une continuité des
soins 24h/24, 7j/7**

Les structures HAD sont des établissements de santé au sens du Code de la santé publique, soumis aux mêmes obligations que les établissements de santé avec hébergement :

- obligation de qualité et de sécurité des soins certifiés par la Haute Autorité de Santé ;
- obligation de continuité des soins 24h/24 et 7j/7.



Structures d'HAD en Bretagne

HAD 35

Avenue Brocéliande
35131 Chartres-de-Bretagne
Tél. : 02 99 41 14 33
Mail : accueil@had35.fr
Fax : 02 99 77 46 88
www.had35.fr

HAD Pays de Saint-Malo-Dinan

32 rue du Grand Jardin - 35400 Saint-Malo
Tél. : 02 99 46 76 73
Mail : had.stmalo@aub-sante.fr
Fax : 02 99 46 88 51

HAD Pays Briochin

5 rue Auguste Lumière - 22000 Saint-Brieuc
Tél. : 02 96 77 25 14
Mail : had.stbrieuc@aub-sante.fr
Fax : 02 96 33 63 89

HAD Pays de Guingamp

Centre hospitalier - Bât 14
17 rue Armor - BP 10548
22205 Pabu Guingamp
Tél. : 02 96 40 23 20
Mail : had.guingamp@aub-sante.fr
Fax : 02 96 21 09 70

HAD CH Lannion

Centre Hospitalier - 22300 Lannion
Tél. : 02 96 05 70 15
Mail : sec-had@ch-lannion.fr
Fax : 02 96 05 72 16

HAD Pays de Morlaix

5 rue Marcellin Berthelot
29600 - Saint-Martin-des-Champs
Tél. : 02 98 62 40 94
Mail : had.morlaix@aub-sante.fr
Fax : 02 98 62 46 57

HAD Pays de Carhaix

Rue Sébastien Le Balp
29270 Carhaix-Plouguer
Tél. : 02 96 40 23 20
Mail : had.guingamp.carhaix@aub-sante.fr
Fax : 02 96 21 09 70

HAD du Ponant

Clinique Pasteur-Lanroze
8 rue Auguste Kervenn - 29200 Brest
Tél. : 02 98 31 30 64
Mail : secretariat.had@vivalto-sante.com
Fax : 02 98 31 30 67
www.clinique-pasteur-brest.com

HAD CH Michel Mazéas Douarnenez

Ouverture en 2015
Centre hospitalier
85 rue Laennec - 29100 Douarnenez
Tél. : 02 98 75 14 59
Mail : direction@ch-douarnenez.fr

HAD CHIC Quimper

Centre hospitalier Intercommunal de Cornouaille
14 Avenue Yves Thépot - 29000 Quimper
Tél. : 02 98 52 65 22
Mail : sm.had@ch-cornouaille.fr
Fax : 02 98 52 65 23

HAD de l'Aven à Etel (Lorient/Quimperlé)

18, rue Colbert - 56100 Lorient
Tél. : 02 97 21 07 27
Mail : had@had-lorient.fr
Fax : 02 97 21 12 01
www.hadlorient.com

HAD Pays de Vannes

Hôpital privé Océane - 11 rue Dr Joseph Audic
« Le Ténénio » - 56000 Vannes
Tél. : 02 97 62 56 20
Mail : had.paysdevannes@groupe-vitalia.com
Fax : 02 97 62 56 23

HAD CH Ploërmel

Centre hospitalier - 7 rue du Roi Arthur
56800 Ploërmel
Tél. : 02 97 73 22 57
Mail : hadpaysploermel@ch-ploermel.fr
Fax : 02 97 73 22 69

HAD Centre Bretagne

18 rue de la plage - 56300 Pontivy
Tél. : 02 97 79 15 00
Mail : had.pontivy@aub-sante.fr
Fax : 02 97 25 73 63

ISBN 9782963503029 - Novembre 2014



Pour en savoir plus, consultez la Plateforme d'Appui
aux Professionnels de Santé (PAPS Bretagne)
www.bretagne.paps.sante.fr

Annexe 4 : exemple de brochure d'un prestataire

Qui sommes-nous ?

Une agence de Coordination Médico-technique (PSAD : Prestataires de Santé A Domicile). Nos ressources proviennent des ventes et locations de dispositifs médicaux, et nous sommes conventionnés CPAM, sans dépassement pour le patient.

Nous agissons sur prescription médicale ou infirmière, pour des protocoles qui relèvent du champ de compétence de l'infirmier libéral :

Perfusions (réhydratations, antibiothérapies, douleur, soins palliatifs...), nutritionn artificielles, plaies chroniques... dans le respect du libre choix du patient.

Vos interlocutrices : 5 infirmières coordinatrices, dont 2 infirmières spécialisées en Plaies Chroniques et retards de cicatrisation (D.U Plaies / D.U Escarres) ; un diététicien qui suit vos patients en nutrition entérale.

Notre personnel est formé et qualifié selon l'arrêté du 23 décembre 2011 : garant et/ou intervenant auprès de la personne malade.

Une infirmière coordinatrice IDEC SANTE a un rôle d'interface et de coordination hôpital/ville, en harmonisant l'ensemble des soins et services autour du patient.



Avant le retour à domicile de votre patient, son rôle est de :

- ♦ rencontrer votre patient et réaliser une évaluation des besoins,
- ♦ rencontrer l'équipe soignante et le praticien prescripteur de l'établissement pour valider les différents éléments de la coordination,
- ♦ assurer votre formation aux protocoles de soins et au maniement des dispositifs médicaux,
- ♦ contacter le pharmacien du patient pour les médicaments,
- ♦ informer le médecin référent, et autres praticiens concernés...

Une fois votre patient de retour chez lui, elle doit aussi assurer :

- ♦ les passages et contacts téléphoniques nécessaires à la bonne coordination des soins,
- ♦ les comptes-rendus de coordination réguliers, en copie au médecin traitant,
- ♦ l'astreinte médico-technique 24/24 sur les dispositifs actifs,
- ♦ l'organisation de la récupération des dispositifs médicaux selon la législation en vigueur.

NB : Nos infirmières coordinatrices assurent la totalité de la coordination médico-technique jusqu'à la fin de la prise en charge (le recours à un livreur est exceptionnel).

Annexe 5 : Focus sur le PRADO

PRADO (entretien de 30 min avec le service commun PRADO de Vannes)

Le PRADO se définit comme un dispositif **d'accompagnement à domicile après hospitalisation**. Tout d'abord, une convention tripartite (Etablissement, CPAM, DRSM) doit être signée afin de pouvoir proposer le PRADO dans l'établissement. L'éligibilité d'un patient au programme relève de l'équipe médicale en fonction de critères d'éligibilité basés sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Le PRADO s'adresse aux patients hospitalisés dans un service MCO qui rentrent à domicile (sont exclus les patients domiciliés en EHPAD).

Le Conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) a pour rôle de contacter les professionnels de santé libéraux du patient, les « prestataires aide à la vie » si besoin, dans le but d'un retour à domicile et n'intervient pas dans les décisions médicales. Il assure la transmission des rendez-vous médicaux au patient afin de garantir une continuité des soins hôpital/ville. Le PRADO est complémentaire au Soins de Suite et de Réadaptation, à l'HAD pour la sortie du patient de l'établissement de santé.

GENEAU	Caroline	07/07/2016
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
L'Etude de la performance de l'HAD en Bretagne		
Promotion 2015-2016		
Résumé : Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des maladies chroniques dégénératives (de type Alzheimer) et engendrent une perte d'autonomie ; les comportements à risques (tabagisme, alcoolisme, suicide etc.) participent aussi à une mortalité dite prématurée importante en France et enfin, l'évolution des techniques chirurgicales et médicales permettent aujourd'hui, un retour à domicile plus précoce. S'ajoute le souhait de 81% des français de passer leurs derniers instants chez eux (Sondage IFOP, 2010). De plus, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) fixé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) représente le contexte économique dans lequel le développement de l'HAD va évoluer. L'objectif du taux de recours fixé par la Circulaire du 4 décembre 2013, est de 30 à 35 patients/jour/100 000 habitant par HAD, à visée 2018. Nous chercherons à identifier, à travers le regard de l'utilisateur, des prescripteurs, les équipes HAD et des directions d'établissements ; les freins et les leviers du développement de l'HAD. Une analyse stratégique permettra, dans un premier temps, d'évaluer la performance de l'HAD en Bretagne. Dans un deuxième temps, l'élaboration d'une hypothèse stratégique, basée sur le Marketing hospitalier, prendra sa source dans les démarches existantes, aidée des opportunités au développement de l'HAD.		
Mots clés : Hospitalisation à domicile - Alternative à l'hospitalisation – Soins palliatifs – Marketing hospitalier – Performance – Etablissement de santé		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

