



HAL
open science

**Hospitalisation à domicile et médecins généralistes.
Enquête réalisée dans le secteur d'activité de
l'Hospitalisation à domicile de l'agglomération messine**

Delphine Sauvage

► **To cite this version:**

Delphine Sauvage. Hospitalisation à domicile et médecins généralistes. Enquête réalisée dans le secteur d'activité de l'Hospitalisation à domicile de l'agglomération messine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01731687

HAL Id: hal-01731687

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731687>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Delphine SAUVAGE

Le 21 octobre 2010

Hospitalisation à Domicile et médecins généralistes

Enquête réalisée dans le secteur d'activité de l'Hospitalisation à domicile de
l'agglomération messine

Examineurs de la thèse :

M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Président
M. Gilbert THIBAUT	Professeur	}
M. Serge BRIANÇON	Professeur	} Juges
M. Pierre KAMINSKY	Professeur	}
Mme. Sophie SIEGRIST	Docteur en Médecine	}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Francis RAPHAËL
« DES Spécialité Médecine Générale	
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER



PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel

LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

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

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

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

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - - Professeur Jean FLOQUET

Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT

Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON

Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Dédicaces

A Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN,
Professeur de Médecine Interne

Pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse,
pour vos conseils avisés et rigoureux et pour votre disponibilité,
nous vous présentons nos plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Gilbert THIBAUT,
Professeur Emérite de Médecine Interne.

Pour nous avoir fait l'honneur de juger notre travail,
Veuillez accepter l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON,
Professeur d'Epidémiologie.

Pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse,
Nous vous en remercions vivement.

A Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY,
Professeur de Médecine Interne.

Pour avoir bien voulu siéger à notre jury de thèse,
Veuillez accepter notre reconnaissance.

A Madame le Docteur Sophie SIEGRIST,
Médecin Généraliste, Présidente d'HADLOR.

Pour votre encadrement, votre soutien, vos conseils, votre
disponibilité tout au long de ce travail et de mes stages.

Mais aussi pour votre passion communicative de la médecine
générale et de l'hospitalisation à domicile et pour le modèle que
vous incarnez, soyez assurée de ma plus vive et sincère
reconnaissance.

A mes parents,

Merci pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée et pour votre soutien indéfectible ... pour ce travail et pour toutes les années précédentes !

A ma soeur et Eric,

Thank you for all these wonderful week-ends !

A mes grands parents,

J'espère que vous êtes fiers de moi ... où que vous soyez.

A Claire et Jacques,

Pour votre gentillesse et vos encouragements, merci.

A Mélanie, Sylvestre et Juliette

Pour avoir réussi à me changer les idées !

A Nanou,

Pour ton soutien constant et ta patience infinie avec moi,

Mais surtout parce que tu crois en nous ...

A mes amies d'enfance, Vanessa, Magali et Carole.

Pour cette complicité que nous avons su entretenir depuis plus de 25 ans.

A Emilie,

Pour tes encouragements permanents et parce que tu es toujours aussi présente malgré la distance, merci.

A Ludivine,

Parce qu'on se soutient toujours, quoi qu'il arrive.

A Fred,

Pour cette amitié qui dure.

A Pierre,

Pour ton aide précieuse et tes conseils avisés lorsque j'ai commencé ce travail.

Aux Dr Jesser et Hullen,

Parce que j'ai appris à exercer différemment à vos côtés.

A toute l'équipe de l'HAD de Sainte Blandine,

Pour votre gentillesse et votre énergie communicative.

A Nicolas Jay,

Merci pour ton efficacité et ton aide technique pendant ce travail.

SERMENT

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières

<u>Introduction</u>	p. 20
<u>Première partie : Présentation de l'HAD</u>	p. 22
1) <u>Historique de l'Hospitalisation à Domicile</u>	p. 23
2) <u>Définition et champ d'action</u>	p. 28
2.1) Définition	p. 28
2.2) Les patients concernés et catégories de soins	p. 29
3) <u>Un modèle de coordination</u>	p. 31
3.1) L'admission en HAD	p. 32
3.2) Le médecin coordonnateur	p. 32
3.3) Le médecin traitant	p. 33
3.4) Le médecin hospitalier	p. 33
3.5) L'équipe paramédicale	p. 34
4) <u>Les autres modes de prise en charge favorisant le maintien à domicile</u>	p. 36
4.1) Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	p. 36
4.2) L'aide à la personne	p. 37
4.3) Les réseaux de soins et les réseaux ville-hôpital	p. 37
4.4) Le statut particulier des hospitalisations de jour et de semaine	p. 38

5) <u>Les freins et facteurs de développement de l'HAD</u>	p. 39
5.1) Les freins	p. 39
5.1.1) Liés aux patients et à leurs familles	p. 39
5.1.2) Liés aux médecins hospitaliers	p. 41
5.1.3) Liés aux médecins généralistes	p. 41
5.1.4) Liés aux disparités territoriales	p. 42
5.2) Les facteurs de développement	p. 43
5.2.1) Les facteurs politiques et réglementaires	p. 43
5.2.2) La formation	p. 44
5.2.3) Les avantages médicaux	p. 44
5.2.4) L'intérêt financier	p. 46
5.2.5) Les objectifs pour l'avenir	p. 47

Deuxième partie : HAD en France et en Lorraine p. 49

1) <u>L'HAD dans le paysage français</u>	p. 50
2) <u>L'HAD en Lorraine</u>	p. 52
2.1) Les structures en activité	p. 52
2.2) Maillage territorial et HAD	p. 54
2.3) Activité HAD en Lorraine	p. 56
2.4) L'HAD de l'agglomération messine	p. 57
2.4.1) La structure	p. 57
2.4.2) Secteur interventionnel	p. 58
2.4.3) Activité de l'HADAM	p. 59

Troisième partie : HAD et médecins généralistes du secteur d'activité de l'HADAM

	p. 64
1) <u>Contexte de l'étude</u>	p. 65
2) <u>Matériel et Méthode</u>	p. 65
2.1) Le questionnaire	p. 65
2.2) La population	p. 67
2.3) La diffusion du questionnaire	p. 67
2.4) L'analyse statistique	p. 68
3) <u>Résultats</u>	p. 68
3.1) Analyse descriptive de la population répondante	p. 68
3.1.1) Profil des médecins répondants	p. 69
3.1.2) Connaissance et perception de l'HAD	p. 72
3.1.3) Obstacles à l'utilisation de l'HAD	p. 75
3.1.4) Modification des pratiques professionnelles	p. 78
3.1.5) Formation et information	p. 79
3.2) Etude comparative des populations de médecins formés à l'HAD et non formés	p. 81
3.2.1) Participation aux formations	p. 81
3.2.2) Profils des médecins	p. 82
3.2.3) Patientèles	p. 83
3.2.4) Implication dans les réseaux	p. 83
3.2.5) Besoins ressentis en HAD	p. 84
3.2.6) Freins à l'HAD	p. 85
3.2.7) Besoins en formation	p. 86
3.2.8) Utilisation de l'HAD et formation	p. 86

<u>Quatrième partie : Discussion et perspectives d'avenir</u>	p. 88
1) <u>Discussion</u>	p. 89
1.1) Représentativité de l'étude	p. 89
1.2) Les médecins généralistes en Moselle	p. 89
1.2.1) Démographie médicale	p. 89
1.2.2) Des généralistes dynamiques	p. 90
1.2.3) Une patientèle vieillissante et dépendante	p. 92
1.3) Les enjeux liés à l'hospitalisation à domicile	p. 93
1.3.1) Intérêt économique	p. 93
1.3.2) Mettre en avant l'aspect humain	p. 94
1.3.3) Convaincre les généralistes	p. 95
1.3.4) Maîtriser l'environnement socio-familial du patient	p. 97
1.4) Intérêt des actions de formation et d'information	p. 100
1.4.1) Une demande forte	p. 100
1.4.2) Une efficacité visible	p. 102
1.4.3) Un effort à poursuivre	p. 104
2) <u>Perspectives d'avenir.</u>	p. 104
2.1) Une volonté politique affirmée	p. 104
2.2) Assurer le maillage du territoire	p. 106
2.3) Développer les liens entre Santé et Sanitaire et Social	p. 107
<u>Conclusion</u>	p. 108
<u>Références bibliographiques</u>	p. 110
<u>Annexes</u>	p. 115

INTRODUCTION

En ce début de XXIème siècle, la réforme du système sanitaire français, en réponse à des problématiques variées, constitue un enjeu politique majeur.

La maîtrise des dépenses de Santé est un thème incontournable dans un pays à la population vieillissante qui voit les taux de pathologies chroniques et de dépendance s'accroître.

Alors que des disparités territoriales importantes persistent en terme d'offre et d'accès aux soins, il est important de noter que les souhaits de la population dans le domaine de la Santé se modifient sensiblement. Les Français, toujours soucieux de bénéficier d'une prise en charge à la pointe du progrès, sont parallèlement en demande d'une médecine de proximité, plus attentive à leur qualité de vie.

Dans ce contexte, l'hospitalisation à domicile (HAD), alliant technicité hospitalière et humanité, s'impose comme une solution de choix.

La récente loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » parue en juillet 2009 le confirme et en fait une priorité stratégique en lui accordant une réelle reconnaissance en tant que mode d'hospitalisation à part entière.

Après des débuts timides et inégaux, l'HAD a connu un développement significatif et la couverture géographique départementale avoisine à présent les 100 %.

Cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle constitue une interface ville-hôpital intéressante à développer et à exploiter pour les différents acteurs en soins primaires. Toutefois, si les médecins généralistes sont, pour partie, à la base de son fonctionnement, leur recours à l'HAD reste hésitant.

Il nous est donc apparu pertinent d'évaluer leur perception de ce mode d'hospitalisation, de prendre la mesure des freins entravant leur utilisation de cet outil et d'appréhender l'évolution de ces différents facteurs depuis l'enquête similaire réalisée en 2003. C'est le premier objectif de ce travail.

Le second consiste à mettre en évidence les effets d'une formation spécifique à l'hospitalisation à domicile destinée aux médecins généralistes, en analysant notamment leur mobilisation et leur capacité à prescrire une telle prise en charge.

Première partie :
Présentation de l'HAD

1) Historique de l'Hospitalisation à Domicile

La première évocation des soins à domicile date de 1791, où le duc de La Rochefoucault Liancourt, président du comité de mendicité de l'Assemblée Constituante, envisage de permettre aux patients de regagner leur domicile pour y recevoir des soins.

En 1928, cette idée réapparaît en France sous l'impulsion de trois pédiatres, les docteurs Huter, Lesne et Guignon. Ces derniers émettent le souhait que soit créé, au sein de l'Assistance Publique, un corps d'infirmiers chargés d'assurer les soins à domicile des enfants et l'éducation sanitaire des familles.

En 1945, aux Etats Unis, naît un modèle de soins à domicile baptisé « Home care ». Le professeur Bluestone, chef de service à l'hôpital Montefiore de New-York, se trouve en effet confronté à une affluence de patients dépassant les capacités d'accueil de l'hôpital. Il imagine alors un nouveau concept de soins qui consiste en un déplacement des médecins hospitaliers au domicile même des patients. A noter qu'au sein de ce système le médecin libéral est absent.

Il faut attendre 1951 en France pour qu'ait lieu la première expérience d'hôpital à domicile, initiée par le Pr Siguier de l'hôpital Tenon à Paris, confronté au même problème de surpopulation que son prédécesseur américain.

Puis en 1957, naît la première structure officielle d'Hospitalisation à Domicile de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Tout en désengorgeant l'hôpital, son rôle est d'assurer une continuité des soins en s'appuyant sur le réseau de médecine libérale. L'HAD, au sens moderne du terme, vient de voir le jour.

L'année suivante est créée une seconde structure d'HAD à Puteaux, sous l'impulsion du Pr Denoix. Cette association, de statut privé à but non lucratif, est initialement destinée aux soins de patients cancéreux.

En 1961, les efforts consacrés par les deux structures françaises existantes sont récompensés par la signature avec l'Assurance Maladie de la première convention nationale relative à l'HAD.

La reconnaissance légale attendra la loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière qui stipule que : « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ». [1]

L'HAD se positionne donc en prolongement d'une hospitalisation traditionnelle, et sa prescription est à la seule discrétion des médecins hospitaliers.

Aucun décret d'application ne suivra cette loi.

En 1973, les différentes structures d'HAD publiques et privées à but non lucratif se regroupent pour former la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD). On compte alors 10 structures existantes.

En 1974, pour pallier le vide juridique laissé après la loi de 1970, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés fixe, dans une circulaire, les règles de création et de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile.

Toutefois, malgré cette reconnaissance juridique, l'HAD peine à trouver sa place dans le paysage sanitaire français et le début des années 1980 apparaît comme une période de stagnation relative.

Les hôpitaux, financés par une tarification à la journée, ont peu d'intérêt à favoriser le développement d'une structure extra-hospitalière.

Le décret d'août 1983, instaurant le financement des établissements d'HAD sur la dotation globale hospitalière, ajoute un frein à leur croissance.

De surcroît, il semble exister une certaine méfiance des hospitaliers face à ce nouveau mode de soins, qu'ils considèrent souvent comme une prise en charge au rabais.

D'autres alternatives à l'HAD voient également le jour, comme les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Enfin, à cette époque, la prescription d'une hospitalisation à domicile ne peut pas émaner d'un médecin de ville.

En mars 1986, un premier barrage cède grâce à la circulaire du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale qui élargit le champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des patients, exceptés les patients atteints de troubles psychiatriques. En outre, l'indication d'une prise en charge en HAD peut être posée lors d'une consultation externe, supprimant la nécessité d'un passage préalable par une hospitalisation traditionnelle.

La loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, et les décrets d'application qui en découleront en 1992, marquent une étape décisive dans l'histoire de l'HAD.

Cette loi pose un cadre législatif clair en reconnaissant officiellement l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle : « Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade [...] des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes ». [2]

Le texte précise également que l'hospitalisation à domicile s'intègre désormais aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

Plusieurs avancées se font jour grâce à cette loi.

Tout d'abord, la présence d'un médecin coordonnateur est requise au sein de la structure, son rôle étant d'en assurer le bon fonctionnement médical.

Ensuite, la permanence des soins ainsi que la continuité de la prise en charge des patients doivent être assurées.

Enfin, les médecins libéraux peuvent prescrire eux-mêmes une HAD après accord du médecin coordonnateur.

Toutefois, dans un souci de régulation du système de soin, toute création d'un lit d'hospitalisation à domicile entraîne la fermeture d'un lit d'hospitalisation traditionnelle. Ce taux de change vient entacher l'essor de l'HAD avec pour conséquence majeure le blocage du développement des structures publiques.

En effet, ce mode de prise en charge apparaît comme concurrentiel d'une hospitalisation conventionnelle, tout en y demeurant administrativement rattaché.

L'ordonnance d'avril 1996, relative à la réforme hospitalière, introduit le concept de démarche d'accréditation, ayant pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins hospitaliers.

L'hospitalisation à domicile s'individualise peu à peu au sein du système de soin et poursuit doucement son expansion. On dénombre ainsi 78 structures en 2000 offrant une capacité réelle d'accueil de près de 3 900 places.

La circulaire du 30 mai 2000 apporte une nouvelle impulsion à l'HAD.

Elle montre la nécessité d'un projet thérapeutique et psycho-social et détermine les interventions des professionnels de santé paramédicaux et médicaux.

Des catégories de séjours sont définies en fonction du degré de dépendance des patients et du type de soins effectués.

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, les relations entre établissements de santé, médecin traitant et HAD sont clarifiées. Le texte précise le rôle du médecin hospitalier, du médecin coordonnateur et du médecin traitant.

L'ordonnance du 4 septembre 2003, portant sur la simplification de l'organisation du système de santé, fait disparaître le taux de change. Elle donne également une place à part entière à l'HAD au sein du SROS de troisième génération.

La circulaire de février 2004 s'inscrit en complément des derniers textes, en précisant les principes généraux de prise en charge en HAD, ainsi que ceux relatifs à la périnatalité, pédiatrie et psychiatrie.

La volonté politique de promouvoir l'Hospitalisation à Domicile se fait forte dans la circulaire de décembre 2006. Le législateur y met en avant le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD. Il en rappelle son fonctionnement, le rôle des différents acteurs au sein de la structure ainsi que celui de ses partenaires.

Il insiste sur la nécessité du positionnement de l'HAD à l'échelon régional, positionnement favorisé par un cadre réglementaire assoupli. [3]

Un nouveau champ d'action s'ouvre à l'HAD en 2007. Le décret de février, suivi de la circulaire du 5 octobre, l'autorise en effet à intervenir au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes ou non) (EHPAD). [4]

La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, précise le rôle prépondérant de l'HAD dans ce contexte : « L'hospitalisation à domicile (HAD), en raison du statut d'établissement de santé de ses structures, est un acteur essentiel de l'organisation, au domicile, des soins palliatifs pour des patients en fin de vie ». [5]

En 2009 paraît la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire qui marque considérablement l'histoire de l'HAD.

Pour la première fois depuis sa création, l'HAD est reconnue comme « un mode d'hospitalisation à part entière et non plus comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle ». [6]

Au plan juridique, pour prévenir et enrayer une utilisation abusive du titre d'HAD, l'appellation « hospitalisation à domicile » est protégée.

Qui plus est, les établissements d'HAD se voient offrir la possibilité d'accueillir en stage des internes en médecine. Cette nouvelle disposition devrait servir de vecteur à la connaissance de l'HAD et promouvoir son utilisation au sein des générations de médecins généralistes à venir.

L'HAD depuis longtemps visible au sein du paysage sanitaire français, y devient désormais incontournable. Le nombre de places a atteint les 10 000 en 2009, ce qui témoigne d'un développement important, mais bien éloigné encore des 15 000 places visées par le plan quinquennal « Solidarité-Grand Age » de juin 2006.

2) Définition et champ d'action

2.1) Définition

Selon la loi du 31 juillet 1991, l'hospitalisation à domicile faisait partie des structures de soins «alternatives» à l'hospitalisation dite classique.

La récente loi HPST, en définissant le domicile comme l'un des lieux de possible exercice des missions des établissements de santé, reconnaît l'HAD comme une modalité d'hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

Le principe de base de l'HAD consiste à « assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».

Les structures d'HAD, identifiées comme des établissements de santé généralistes et polyvalents, sont donc soumises aux mêmes réglementations que tout autre établissement de santé (hôpitaux, cliniques) en terme d'accréditation, d'autorisation de fonctionnement, de lutte contre les infections nosocomiales, de continuité des soins, etc. Ce statut apporte aux patients une garantie en terme de qualité et de sécurité des soins ainsi qu'une prise en charge de niveau hospitalier. [7]

2.2) Les patients concernés et catégories de soins

Tous les assurés sociaux, tous âges et pathologies confondus, peuvent bénéficier d'une HAD. Cependant, tous ne nécessitent pas une telle prise en charge.

Par définition, « l'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». [8]

Lorsque la prise en charge à domicile s'avère possible, l'HAD permet d'éviter ou de raccourcir le séjour en service de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation. En assurant à domicile une qualité et un protocole de prise en charge semblables à ceux existant en service d'hospitalisation classique, l'HAD vise à améliorer le confort du patient.

L'analyse des PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) de 2006 a révélé que l'objectif d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation classique était atteint pour deux tiers des patients admis en HAD, dont un tiers l'ayant évité totalement. [9]

Il existe plusieurs catégories de séjour en HAD définies en fonction du type de soins dispensés, des modes de prise en charge prescrits et du degré de dépendance du patient (chiffré par l'indice de Karnofsky ou IK, cf. ANNEXE 1). [8]

On peut remarquer que les patients pris en charge en HAD sont majoritairement des patients peu autonomes : en 2009, près de 59 % des journées réalisées concernaient des patients ayant un indice de Karnofsky entre 40 et 60 % et 30 % des journées se rapportaient à des patients sévèrement dépendants ($IK \leq 30 \%$). [10]

Une étude publiée en 2009 par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) met en évidence que la dépendance physique des patients s'accompagne fréquemment d'une dépendance sociale, engendrant alors une plus forte charge en soins. [9]

Pour être éligible à une HAD, le patient doit appartenir à une des trois catégories de soins qu'on peut distinguer comme suit :

- les soins ponctuels, techniques et complexes, prescrits pour une durée déterminée. Ils peuvent être réitérés et concernent fréquemment des patients dont la pathologie n'est pas encore stabilisée (Chimiothérapie anticancéreuse par exemple).
- les soins continus, de durée indéterminée, s'adressent à des patients ayant une pathologie évolutive. Ce sont des soins d'accompagnement, ils peuvent se poursuivre jusqu'au décès du patient.
- les soins de réadaptation, de durée déterminée, concernent des patients dont une amélioration de l'état de santé est possible, souvent dans les suites d'une phase aiguë.

Ne sont donc pas admis en HAD les patients :

- qui relèvent uniquement de soins à l'acte non coordonnés,
- qui relèvent de soins infirmiers à domicile,
- dont l'état de santé justifie le maintien au sein d'une structure traditionnelle, en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent, ou de l'instabilité de leur état.

Nous avons noté précédemment que depuis 2007, les structures d'HAD sont autorisées à intervenir au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées. A ce titre, l'HAD est devenue un maillon essentiel de la filière gériatrique, en permettant notamment aux patients âgés de conserver leurs repères spatiaux et en leur évitant une désadaptation fréquente en hospitalisation traditionnelle.[11]

Ce constat est corroboré par les données démographiques publiées par la FNEHAD. En effet, les patients de plus de 75 ans représentent à eux seuls environ 22 % des séjours et l'âge moyen en HAD atteint les 63 ans en 2009. [10]

A titre comparatif, en 2009, les personnes âgées de plus de 70 ans représentent 22 % des séjours en hospitalisation traditionnelle soit une proportion similaire à celle rencontrée en HAD. [12]

3) Un modèle de coordination

Les structures d'HAD obéissent à des règles de fonctionnement rigoureuses.

Les patients pris en charge sont inclus dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial. Ce projet impose une coordination au sein de l'équipe soignante pluridisciplinaire, ainsi qu'une réévaluation médicale au moins hebdomadaire.

3.1) L'admission en HAD

L'admission en HAD fait suite à une prescription médicale. Cette dernière peut émaner du médecin hospitalier ou du médecin traitant.

L'admission n'est possible qu'après accord du patient et/ou de sa famille, et obligatoirement après accord explicite de son médecin traitant.

Toute admission dans un établissement d'HAD impose la constitution d'un protocole de soins qui résulte d'un consensus entre les médecins coordonnateur, traitant et hospitalier. Ce protocole est révisable et réactualisé en cours de séjour.

Une évaluation par le service social des possibilités d'accueil et des capacités aidantes du réseau familial et social du patient est également indispensable.

Le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aides supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile. Cet aspect doit également être réévalué périodiquement.

Ainsi, l'HAD permet et nécessite une interconnexion entre les domaines de la Santé et du Sanitaire et Social, encore trop cloisonnés actuellement.

3.2) Le médecin coordonnateur

Un médecin coordonnateur est obligatoirement attaché à l'établissement.

C'est le référent médical de la structure.

Il en organise le fonctionnement médical, participe à l'évaluation des soins et il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins.

Il émet un avis médical pour toute admission et sortie d'un patient d'HAD.

Il assure également la liaison et la coordination avec le médecin traitant et le médecin hospitalier. En outre, il occupe un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante.

3.3) Le médecin traitant

Qu'il soit ou non le prescripteur d'une HAD, le médecin traitant est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et il est responsable du suivi de ce dernier.

L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord, après approbation du projet thérapeutique. Il est choisi librement par le patient.

Lors de ses visites, il réévalue l'état de santé de son patient et adapte les traitements en conséquence.

Il peut faire intervenir un médecin spécialiste après information du médecin coordonnateur ou décider de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel.

Il est contacté par le médecin coordonnateur lors de la sortie du patient et peut proposer lui-même de mettre fin à l'HAD s'il considère que celle-ci n'est plus adaptée à l'état de santé du patient.

Il est donc en lien permanent avec ses confrères et peut solliciter leur opinion ou une aide technique si l'état de santé du patient le justifie. Il n'est en aucun cas isolé ou livré à lui-même comme le craignaient certains médecins dans un article paru en 2008 dans Le Généraliste. [13]

3.4) Le médecin hospitalier

La complexité des pathologies prises en charge en HAD impose une collaboration des services hospitaliers avec les professionnels intervenant à domicile.

Le médecin hospitalier peut avoir deux rôles distincts :

- Un rôle d'expert pour certaines pathologies et traitements complexes. Il met à disposition les protocoles thérapeutiques nécessaires et participe à la formation des médecins traitants et du personnel soignant.

- Un rôle de soins personnalisés aux malades dont il s'occupe. Dans ce cadre, il participe au projet thérapeutique, transmet les informations médicales concernant son patient et s'engage à le suivre au niveau hospitalier et à le réhospitaliser si nécessaire.

3.5) L'équipe paramédicale

L'équipe paramédicale est par essence pluridisciplinaire.

Elle est plus ou moins étoffée selon les structures et fait appel à une part variable d'intervenants libéraux.

Elle peut comporter un cadre de santé, des infirmières, des aides soignantes, un masseur kinésithérapeute, un(e) ergothérapeute, un(e) orthophoniste, un(e) psychologue, un(e) diététicien(ne) ...

Elle assure à la fois la coordination et l'ensemble des soins nécessaires au malade.

Etant au contact du patient, l'équipe paramédicale se doit également d'être à l'écoute de ce dernier et réactive.

Le cadre infirmier garantit un lien entre les différents intervenants, médicaux et paramédicaux. Il identifie les prescriptions ou soins effectués par chacun et veille à la bonne réalisation du projet thérapeutique. Il effectue une visite après chaque demande d'admission en HAD afin d'évaluer la charge en soins et le matériel nécessaire. [14]

Les infirmières sont obligatoirement en possession d'un diplôme d'état. Leur exercice professionnel nécessite une certaine expérience de diverses pathologies, des compétences techniques mais aussi organisationnelles et relationnelles. Elles assurent également l'éducation sanitaire du patient et de son entourage.

L'accompagnement psycho-social tient également une place importante.

L'assistante sociale analyse la situation socio-économique du patient. Elle engage ensuite les démarches nécessaires auprès des organismes sociaux afin de répondre aux besoins du patient.

Un soutien psychologique peut s'avérer utile pour le patient et son entourage, la confrontation à la maladie, à une fin de vie ou toute autre situation difficile étant source de souffrance psychologique. De plus, les interventions itératives de l'équipe soignante au domicile du patient peuvent être perçues comme une atteinte à l'intimité des familles. En outre, l'entourage jouant le rôle d'aidant naturel est fréquemment épuisé, tant physiquement que psychologiquement.

Nous pouvons souligner que l'intervention du psychologue est prise en charge dans le cadre de l'HAD, alors qu'elle est à la charge du patient en ambulatoire.

Dans cet environnement multi-acteurs, le dossier du patient doit faciliter la continuité des soins et la coopération des différents intervenants tout en respectant la confidentialité des données. La transmission de l'information prend ici toute son importance, tant au plan médico-légal qu'en terme d'amélioration de la qualité de la prise en charge. [15]

4) Les autres modes de prise en charge favorisant le maintien à domicile

Le vieillissement de la population française et l'allongement de l'espérance de vie lancent un nouveau défi au système de santé. Le lot de pathologies chroniques ou invalidantes liées à l'âge impose le développement d'un mode alternatif de prise en charge à l'hospitalisation traditionnelle. Le maintien à domicile apparaît comme un enjeu majeur en ce début de XXIème siècle où le seuil du million de personnes dépendantes en France sera bientôt atteint.

Plusieurs structures, dont l'HAD, apportent des réponses à cette problématique de santé en fonction de l'état de santé et de dépendance des patients.

4.1) Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Les SSIAD ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie (âgées, handicapées, en affection de longue durée...). Ils ont pour but de prévenir, différer ou raccourcir une hospitalisation traditionnelle ou une admission en EHPAD. Ils peuvent également intervenir en amont ou en aval d'une HAD afin d'assurer la continuité des soins.

Ces services dispensent, sur prescription médicale, différents types de soins.

Les premiers sont des soins techniques, dispensés par des infirmiers, dans le cadre de la prise en charge ou de la surveillance d'un état pathologique.

Les seconds participent à l'entretien et à la qualité de vie des patients. Ils concernent entre autres l'hygiène, la mobilisation, la locomotion et le confort des patients. Ils sont préférentiellement dispensés par des aide-soignants.

Le personnel intervenant au sein des SSIAD est soit salarié du service, soit libéral.

Les frais découlant de la prise en charge par les SSIAD sont pris en charge par l'Assurance Maladie selon une dotation forfaitaire par « place ».

Le médecin traitant s'impose, dans ce contexte, en coordonnateur des soins à domicile, orchestrant lui-même le projet de soins à domicile et assurant le suivi de son patient.

Il est important de souligner que la présence d'aidants naturels est nécessaire au bon fonctionnement du SSIAD et donc à la possibilité de maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Une étude menée en 2007 mettait en évidence que les Groupes Iso Ressources des patients entourés étaient souvent supérieurs à ceux des patients seuls. [16]

Le développement des SSIAD devrait se poursuivre dans les années à venir, le plan « solidarité grand âge » ayant prévu la création de 7 500 places supplémentaires à partir de 2010 pour atteindre un total de 232 000 places en 2025. [17]

4.2) L'aide à la personne

Elle permet de retarder une hospitalisation ou un placement en unité de soins de longue durée ou en EHPAD pour raisons sociales.

Elle assure un maintien à domicile des patients en préservant leur autonomie et en évitant la rupture des liens sociaux.

Les deux intervenants principaux sont les aides à domicile et les auxiliaires de vie. Les premières apportent un soutien à l'individu par rapport à son environnement (ménage, préparation des repas...), les secondes sont sollicitées pour des actes en rapport avec la personne elle-même (toilette, transferts, élimination, habillage...).

Un financement de ce type de prise en charge est possible, notamment grâce à l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

4.3) Les réseaux de soins et les réseaux ville-hôpital

Le rôle des réseaux de santé est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et la pluridisciplinarité des prises en charge sanitaires. Ils interviennent dans les domaines de l'éducation à la santé, de la prévention ainsi que des soins. Ils peuvent également participer à des actions de santé publique.

Les réseaux tendent à :

- mieux relier les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux.
- homogénéiser les pratiques par l'intermédiaire de formations et de référentiels diagnostiques et thérapeutiques.
- coordonner la chaîne de soins dispensés au patient.

Le résultat attendu est l'optimisation de la qualité de la prise en charge des patients.

4.4) Le statut particulier de l'hospitalisation de jour ou de semaine

Ces types d'hospitalisation sont utilisés dans le cadre de traitements répétitifs (type chimiothérapie) ou pour réaliser des bilans.

Ils s'adressent à des patients pouvant bénéficier d'une hospitalisation courte : de quelques heures à quelques jours.

En gériatrie, l'hospitalisation de jour trouve également sa place, notamment dans les domaines tels que la rééducation ou le bilan des fonctions supérieures.

Il existe par ailleurs des structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour (dans le cadre de la maladie d'Alzheimer par exemple) qui allient activités thérapeutiques et soutien socio-familial.

Ces différents modes de prise en charge permettent de libérer des lits d'hospitalisation traditionnelle et favorisent le maintien à domicile des patients. Ainsi, ils se révèlent utiles à l'hospitalisation traditionnelle ainsi qu'à la médecine ambulatoire.

5) Les freins et facteurs de développement de l'HAD

5.1) Les freins

5.1.1) Liés aux patients et à leurs familles

La volonté du patient est une condition indispensable à l'HAD.

Toutefois, pour de nombreux patients, l'hôpital reste encore synonyme de sécurité, freinant ainsi le développement de cette offre de soins.

De plus, certains patients ne souhaitent pas que leur domicile devienne un lieu de soins leur rappelant la maladie, mais reste une place où l'oublier pour un temps et se ressourcer en famille.

Ils craignent les désagréments liés aux passages réguliers de l'équipe soignante ainsi qu'aux aménagements matériels nécessaires à leur bonne prise en charge.

Une étude parue en 2006 montre que les quinze premiers jours en HAD correspondent à un temps d'apprentissage collectif.

Le patient doit se réapproprier son intérieur transformé et sa vie quotidienne, différents de l'image familière qu'il en avait.

Il doit également s'habituer à la multiplicité des soignants, leurs rotations, leurs horaires de passages avant qu'un équilibre se crée, l'équipe étant connue dans sa totalité et les horaires se stabilisant en fonction de la nécessité de soins. [18]

Notons encore que le domicile du patient doit permettre les aménagements nécessaires à la prise en charge en HAD : place suffisante pour un lit médicalisé, lieu permettant le stockage du matériel, espace convenant à la pratique de soins appropriés ... Ceci n'est malheureusement pas toujours possible, le lieu de vie étant inadapté.

Enfin il faut souligner que la présence d'aidants naturels est indispensable au fonctionnement d'une HAD.

La prise en charge de patients seuls ou isolés est donc plus compliquée et l'absence d'entourage souvent rédhibitoire pour ce type d'hospitalisation.

Remarquons aussi que l'HAD génère des inconvénients pour les aidants.

Ces derniers signalent notamment « un surcroît de fatigue, une obligation de présence auprès du patient, une surcharge de travail domestique ainsi qu'un sentiment de privation vis-à-vis de certaines activités ou loisirs ». [19]

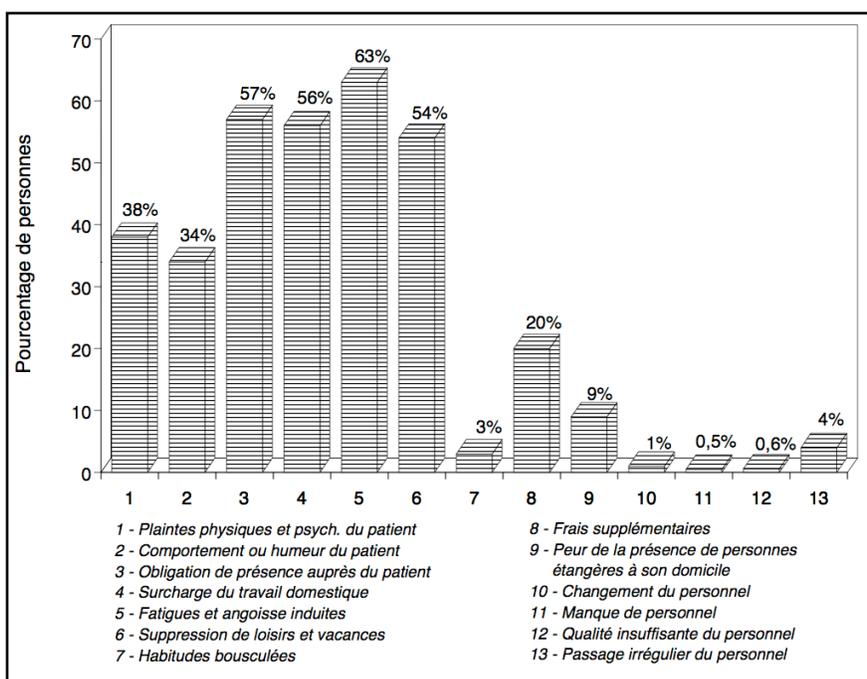


Fig.1 : Inconvénients de l'HAD rapportés par les aidants (sources N.Raffy-Pihan, 1997)

5.1.2) Liés aux médecins hospitaliers

Une enquête menée par le Dr Miller en 2007 sur les obstacles de l'hospitalisation à domicile montre que le frein le plus important pour la population de médecins hospitaliers interrogés réside dans la méconnaissance de l'HAD.

Viennent ensuite la complexité de mise en place de cette prise en charge, l'inégalité de répartition territoriale des structures HAD et la qualité de la communication avec les médecins libéraux. [20]

Cette étude met en évidence le travail important de promotion de l'HAD qu'il reste à effectuer au sein du milieu hospitalier afin d'éclaircir le fonctionnement de la structure et de mettre en lumière sa position de lien entre hospitaliers et libéraux.

Notons également que ce manque d'information entretient une certaine méfiance des équipes médicales hospitalières quant à la qualité des soins dispensés en HAD.

Cela contribue à renforcer l'attitude "hospitalo-centrique" de certains médecins hospitaliers.

5.1.3) Liés aux médecins généralistes

Un article récent, paru en février 2010 dans le "Panorama du Médecin" révèle que l'incompréhension et la méfiance des libéraux à l'égard de l'HAD vient essentiellement d'un manque d'information et d'un certain nombre de présupposés négatifs.

Il persiste toujours une méconnaissance du fonctionnement de ce mode de prise en charge, les généralistes se voyant fréquemment accepter une HAD mais étant encore très peu à en prescrire : seulement 5 % des admissions émanent d'un médecin généraliste dans la structure Santé Service en Ile-de-France (la plus importante structure HAD associative sur la région). [21]

La crainte de devoir utiliser des techniques ou des protocoles hospitaliers qu'ils ne maîtrisent pas est également source de sous-utilisation de l'HAD par les généralistes. Une formation technique spécifique permettrait sans doute de répondre à leurs attentes et de diminuer leurs appréhensions.

Certains médecins pensent aussi qu'ils perdent une part de leur autonomie et de leur liberté de prescription, donc leur position de médecin référent, dans le cadre d'une HAD.

Passés ces a priori, il faut rappeler qu'une prise en charge en HAD implique une coopération entre le médecin libéral, l'équipe soignante et d'autres professionnels de santé. Cette coopération peut être difficile à instaurer pour un médecin généraliste.

Notons encore que l'aspect chronophage du suivi des patients hospitalisés à domicile reste gravé dans l'esprit des médecins. Ils étaient 23 % à évoquer cette cause parmi les freins les retenant de prescrire une HAD lors du sondage « Le généraliste-FNEHAD » mené en 2008. [13]

5.1.4) Liés aux disparités territoriales.

La démographie médicale apparaît comme un frein majeur au développement de l'HAD sur le territoire français.

Certaines zones rurales restent cruellement sous-dotées en médecins généralistes et professionnels paramédicaux, ne permettant pas le fonctionnement d'une structure HAD.

5.2) Les facteurs de développement

5.2.1) Les facteurs politiques et réglementaires

Comme nous l'avons expliqué précédemment, le cadre juridique entourant l'HAD s'est précisé et éclairci.

La loi HPST, parue en 2009, assure une réelle reconnaissance de ce mode d'hospitalisation et en protège le nom.

De plus, l'élargissement du champ d'action de l'HAD depuis 2007, avec l'autorisation d'intervenir au sein des EHPAD, concourt fortement à sa connaissance et à sa reconnaissance sur le terrain, tant au niveau des professionnels hospitaliers qui ont l'opportunité de raccourcir les durées d'hospitalisation qu'au niveau des médecins libéraux qui se heurtent moins à la pénurie de lit.

En outre, la volonté politique de voir se développer l'HAD est forte.

La circulaire ministérielle du 1er décembre 2006 était uniquement consacrée à l'HAD, rappelant la place de celle-ci et en expliquant son rôle.

En 2009, à l'occasion de la treizième journée de la Fédération Nationale des Etablissements d'HAD, Mme la Ministre R. Bachelot a précisé l'intérêt qu'elle porte à l'hospitalisation à domicile qu'elle considère « comme une priorité stratégique majeure ». [22]

Même si l'objectif des 15 000 places d'HAD installées en 2010, fixé par le plan « Solidarité grand âge », n'est pas atteint, la croissance de ce mode d'hospitalisation se poursuit. En effet, le nombre de places et de séjours en HAD a doublé entre 2005 et 2009. [6]

5.2.2) La formation

Depuis la loi HPST, les structures HAD ont la possibilité d'accueillir des étudiants, en particulier des internes en médecine générale.

La jeune génération de médecins aura donc l'opportunité de se former à l'HAD. Ainsi, elle connaîtra mieux le fonctionnement de ce mode d'hospitalisation, les conditions d'admission, les modalités de prise en charge ou de sortie.

Cette mesure devrait permettre d'endiguer bon nombre de freins au développement de l'HAD en faisant tomber les présupposés négatifs et en augmentant les prescriptions émanant des médecins généralistes.

Attentive à la formation de ses étudiants et consciente de l'intérêt majeur de l'hospitalisation à domicile, la Faculté de Médecine de Nancy compte déjà depuis 2003 des établissements d'HAD parmi les lieux de stages ouverts aux internes.

5.2.3) Les avantages médicaux

De nombreux avantages médico-sociaux sont liés à l'HAD. Ils favorisent son développement en véhiculant une image positive de cette offre de soin et en la faisant connaître de l'opinion publique.

L'hospitalisation à domicile met notamment à disposition de la médecine extra-hospitalière des thérapeutiques et des protocoles de soins hospitaliers non accessibles en médecine libérale.

Elle assure la permanence des soins ainsi qu'une surveillance de qualité au domicile du patient avec les passages réguliers de l'équipe soignante.

Une étude menée en 2006 montre que ces deux critères confèrent un sentiment de sécurité aux patients pris en charge ainsi qu'à leurs familles. [18]

Le médecin généraliste se voit apporter un soutien logistique ainsi que thérapeutique, la prise en charge d'un patient étant toujours encadrée par un protocole de soins. De plus, il n'est jamais seul et peut toujours solliciter l'avis de ses confrères spécialistes ayant le patient en charge ainsi que l'aide du médecin coordonnateur.

Nous pouvons encore souligner les avantages intellectuels et humains de ce mode de prise en charge centré sur le patient.

Lors du sondage « Le Généraliste-FNEHAD » réalisé en 2008, les médecins interrogés répondaient d'ailleurs à 45 % que le principal motif de prescription d'une HAD était le « confort du patient ».

Les patients, quant à eux, signalent un « mieux être chez soi » offert par la prise en charge en HAD. [19]

Notons aussi que l'HAD peut induire une attitude positive et volontaire chez les patients en les intégrant pleinement à leur propre prise en charge.

En outre, l'hospitalisation à domicile paraît bien adaptée aux personnes âgées, leur évitant désorientation et/ou désocialisation fréquentes lors des hospitalisations traditionnelles prolongées.

5.2.4) L'intérêt financier

Dans le contexte actuel de politique de réduction des dépenses de santé, l'HAD se positionne comme une solution de choix.

En effet, il apparaît en 2008 qu'une journée en HAD coûte 200 euros en moyenne contre 703 euros pour une hospitalisation classique. [23]

De plus, la grille tarifaire de l'HAD ne permet pas de facturer une journée à plus de 530 euros, pour les cas les plus lourds et complexes, ce qui est encore bien inférieur au tarif d'une hospitalisation traditionnelle. [24]

Il y a deux explications essentielles à cet état de fait :

- Les investissements des établissements d'HAD en terme de plateau technique sont moindres que ceux des établissements hospitaliers et il n'y a pas de coût d'hébergement.
- Les dépenses sont directement en lien avec l'état de santé des patients admis, leurs besoins en soins et en traitements médicamenteux.

Ainsi, en 2008, l'HAD ne représentait au total que 0,7 % des dépenses hospitalières, soit un peu moins de 500 millions d'euros. [23]

Une étude menée en 2006 montre également que l'HAD est financièrement avantageuse dans le domaine des soins de réhabilitation et d'accompagnement. Actuellement, ce type de soins est principalement dispensé dans des structures de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). La demande en lits dédiés à ces soins est croissante car intimement liée au vieillissement de la population française.

L'étude met en évidence que, pour des soins comparables, le coût de fonctionnement en HAD est 40 % moins élevé qu'en SSR. Une estimation réalisée quant à la création de 10 000 places d'HAD montre que les financeurs publics économiseraient la somme de 350 millions d'euros par an dans ce domaine. [9]

Il convient toutefois de nuancer ces résultats.

Toutes les études effectuées tiennent uniquement compte du coût direct de l'HAD, à savoir la prise en charge médicale et paramédicale.

Il faut y ajouter les prestations versées par l'Assurance Maladie (transports notamment) et les charges déplacées sur le patient et son entourage, qualifiées de coût indirect.

En effet, une partie des frais inhérents à l'épisode de soins est transférée de la sphère publique à la sphère privée ou territoriale (exemple : soutien psychologique, tâches ménagères, certains soins...).

Une étude nationale analysant les coûts propres au secteur (ENCC-HAD : Etude Nationale de Coût à méthodologie Commune en HAD) est actuellement en cours. Elle devrait permettre d'établir des référentiels de coût pour chaque séquence de soins. Il sera alors possible d'effectuer de plus amples comparaisons avec l'hospitalisation traditionnelle.

5.2.5) Les objectifs pour l'avenir

Bien que l'hospitalisation à domicile ait de nombreux avantages, elle reste parfois difficilement accessible pour certains patients. Les zones rurales et/ou sous dotées en soignants ne permettent effectivement pas le fonctionnement efficace d'une structure HAD, privant ainsi leurs habitants de ce mode d'hospitalisation.

L'accès à l'HAD pour tous est donc un défi important pour les années à venir.

Pour répondre à ce besoin, les structures d'HAD s'initient aux nouvelles techniques de télémédecine et deviennent un terrain de choix pour l'expérimentation en situation réelle et le développement de la télésanté.

Comme le précise E. Hubert, présidente de la FNEHAD : « Les outils de télésanté existants dans certains établissements d'HAD (...) sont appelés à se diversifier et pourraient être étendus au télédiagnostic et à la télésurveillance ».

Elle indique encore qu'à « l'heure où l'e-santé est beaucoup citée comme pouvant être un des investissements cibles du grand emprunt, les établissements d'HAD sont prêts à relever ce défi, leur capacité à parler tant au monde hospitalier qu'au secteur libéral étant un précieux atout pour le déploiement de ces nouvelles technologies ». [6]

Cette intervention montre la volonté de la présidente de la FNEHAD de positionner définitivement l'HAD en tant que leader dans le secteur de la télésanté, la croissance de l'un favorisant l'expansion de l'autre.

En s'investissant dans le développement de ces techniques novatrices, l'hospitalisation à domicile écrit la « médecine de demain » qui, à terme, dépassera le champ d'action des seules structures HAD.

Deuxième partie :
HAD en France et en Lorraine

1) L'HAD dans le paysage français

Entre 2005 et 2009, la croissance de l'HAD est spectaculaire.

En effet, sur cette période, le nombre de patients pris en charge a plus que doublé, tout comme le nombre de séjours réalisés, le nombre de journées passées en HAD ainsi que le nombre de places disponibles.

En 2009, les établissements d'hospitalisation à domicile ont pris en charge un peu plus de 86 500 patients et réalisé près de 3 300 000 journées d'hospitalisation.

A titre indicatif, le nombre de journées d'hospitalisation traditionnelle s'élevait à près de 60 millions en 2008 (NB : les données de 2009 ne sont pas encore disponibles). [25]

L'HAD ne représente donc encore qu'une petite part de l'activité hospitalière mais la perspective de croissance reste forte.

La barre des 10 000 places ouvertes en HAD a été atteinte fin 2009 contre 4 500 en 2005. La France bénéficie donc à présent de 15 places d'HAD pour 100 000 habitants. [10]

L'activité moyenne d'un service HAD est de 12 175 journées par an en 2009. La circulaire du 1er décembre 2006 précisait que « compte-tenu de la coordination et de la professionnalisation des prises en charge à organiser, on peut considérer que le niveau d'activité minimum correspondrait à environ 9 000 journées d'hospitalisation par an et par structure ». L'objectif est donc atteint.

Il existe actuellement 271 structures d'HAD actives sur le territoire français versus 123 en 2005.

Seuls trois départements (Gers, Haute-Marne, Lozère) en restent encore dépourvus (Cf. Fig.2).

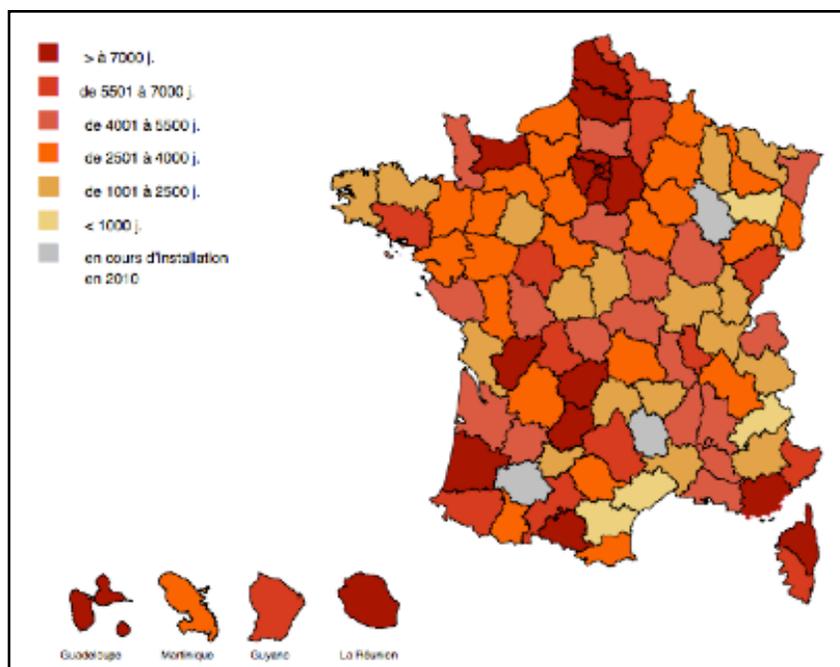


Fig.2 : Répartition du taux de couverture de l'activité HAD par département exprimé en journées pour 100 000 habitants (sources FNEHAD)

Toutefois, même si le développement est important, il persiste des disparités territoriales non négligeables.

Un grand nombre de ces structures sont implantées en zone urbaine.

L'Ile de France en particulier, totalise à elle seule 44 % des séjours et le tiers de l'offre totale en terme de place. [26]

Le rapport d'activité de la FNEHAD pour l'année 2009 montre que la densité de couverture du territoire peut être rapportée à l'ancienneté et au dynamisme des structures.

Rappelons que les premiers établissements se sont implantés en région parisienne.

De plus, le taux de couverture élevé présenté par certains départements ne signifie pas toujours que l'ensemble du département est couvert. L'HAD est un mode d'hospitalisation de proximité et les vides ruraux sont un obstacle à la couverture homogène du territoire.

Le maillage du territoire français n'est donc pas encore totalement assuré par l'HAD et reste un enjeu pour les années à venir.

2) L'HAD en Lorraine

2.1) Les structures en activité

La Lorraine totalise actuellement 17 structures HAD en activité.

La plus ancienne structure est l'HAD de l'Office d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle (ancienne HAD de Bainville-sur-Madon), fondée en 1972. Son activité est essentiellement axée sur la rééducation et réadaptation avec une spécificité gériatrique.

Les structures de Bitche et Sarreguemines ne s'occupent exclusivement que du post-partum. Elles sont nées d'une restructuration ayant conduit à la fermeture de lits de maternité (sources structure de Bitche).

L'HAD de Thionville est divisée en deux unités distinctes de 10 places chacune : l'une est consacrée au domaine gynéco-obstétrique, l'autre aux soins palliatifs.

Dans le cadre du projet d'établissement, le CHR a l'ambition de fusionner ces deux unités pour former une HAD polyvalente de 45 places, en partenariat avec les autres établissements hospitaliers du territoire thionvillois (sources HADLOR : association de formation et de développement de l'HAD en Lorraine).

L'Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Nancéienne (HADAN) se différencie des autres HAD car il ne s'agit pas d'une structure hospitalière mais d'une association regroupant trois hôpitaux : le Centre Hospitalier Universitaire, le Centre Alexis Vautrin et la polyclinique de Gentilly (sources HADAN).

Son activité et sa capacité d'accueil sont les plus importantes du territoire meurthe-et-mosellan.

L'Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Messine (HADAM) est le pôle HAD le plus important en Moselle. Fondée en 1999, l'HADAM est une structure polyvalente dont la capacité d'accueil est de 40 places.

Un satellite rural a été créé en 2003 à Rémy, permettant d'accroître son rayon d'action. L'HADAM assure également la coordination médicale de l'HAD du centre hospitalier de Gorze (sources HADAM).

Entre 2009 et ce jour, cinq nouvelles structures d'hospitalisation à domicile ont vu le jour en Lorraine, principalement au sein de zones rurales. Il s'agit des HAD de Verdun, Sarrebourg, Epinal, de l'Ouest Vosgien et de Gérardmer (sources HADLOR).

Soulignons que l'implantation de nouvelles structures régionales est facilitée par l'existence d'HADLOR, créée en 2003.

Cette association :

- développe des partenariats avec les structures d'hospitalisation à domicile en devenir.
- s'attelle à former le personnel médical et paramédical à l'utilisation de l'HAD.
- vise à relier les différents acteurs sanitaires et sociaux.
- favorise l'échange d'expérience entre les différentes structures HAD.

HADLOR assure donc un réel rôle de promotion de l'HAD et oeuvre pour assurer une couverture efficace du territoire lorrain.

2.2) Maillage territorial et HAD

La répartition des 17 structures d'HAD est indiquée sur la carte ci-dessous :

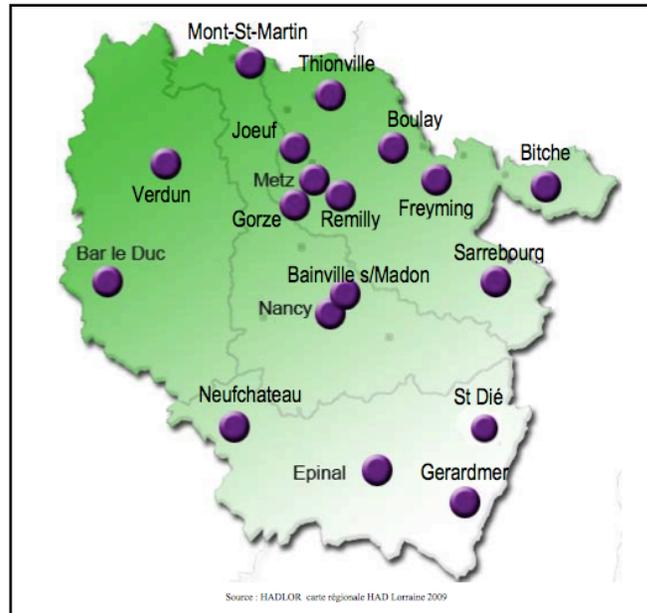


Fig.3 : localisation des structures HAD en Lorraine en 2010 (sources HADLOR)

Comme à l'échelle nationale, il apparaît en Lorraine un certain déséquilibre géographique.

L'EST, le SUD et l'OUEST de la région restent effectivement sous-dotés en structures d'hospitalisation à domicile, marquant la complexité à assurer le maillage des zones rurales.

Ces inégalités territoriales sont favorisées par une démographie médicale et paramédicale faible sur ces territoires.

La figure 4 met en évidence l'offre médicale, toutes activités confondues.

Les zones rurales, signalées en vert, sont des vides médicaux évidents.

On remarque nettement que l'activité médicale se situe préférentiellement au sein des grandes villes régionales ainsi que le long de l'axe Thionville-Metz-Nancy. Ce territoire, appelé sillon mosellan, correspond à une coulée démographique centrée sur le réseau autoroutier de l'A31.

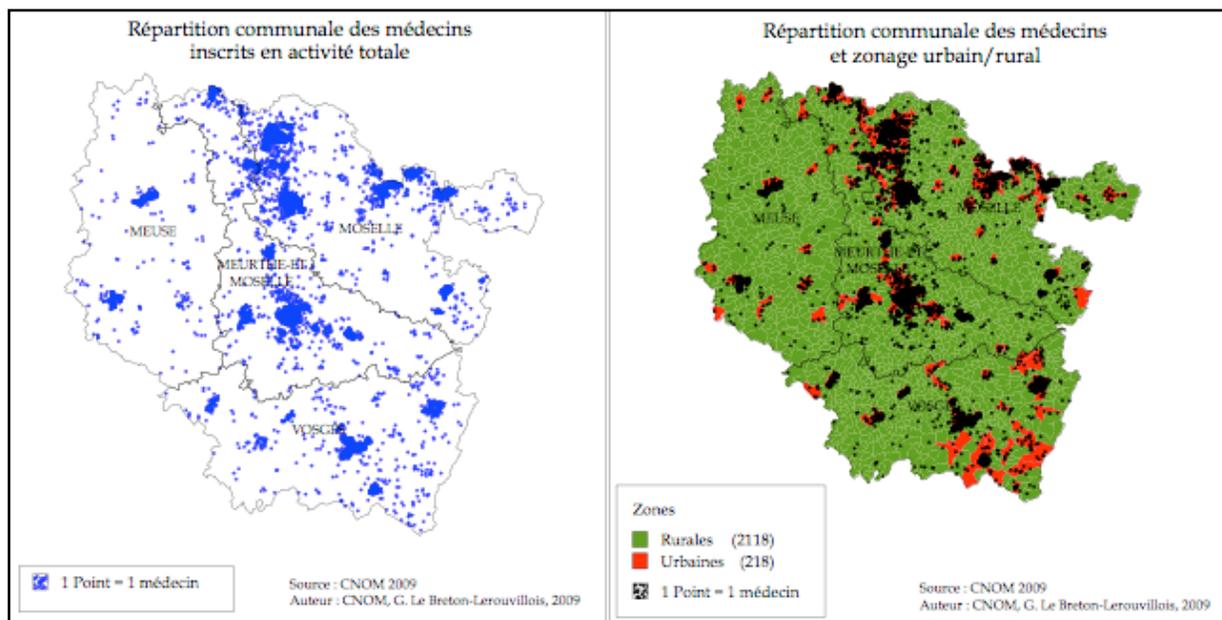


Fig.4 : Répartition des médecins en Lorraine (sources Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Il paraît logique de bénéficier d'une offre d'HAD plus importante au sein des bassins de population dense.

Toutefois, cette implantation engendre une inégalité de répartition et d'accès aux soins, les zones rurales et éloignées ne pouvant pas être couvertes par les services d'hospitalisation à domicile existants.

Comme ailleurs en France, un des enjeux majeurs de la poursuite du développement de l'HAD en Lorraine va consister à contourner les écueils liés à la ruralité pour offrir un accès à l'hospitalisation à domicile homogène sur l'ensemble du territoire.

La création d'un satellite rural à Rémilly ainsi que l'implantation de cinq nouvelles structures en « zone blanche » sont les premières réponses à cette problématique.

2.3) Activité HAD en Lorraine

Les données traitées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) [27] montrent qu'en 2009 :

- près de 54 000 journées d'HAD ont été réalisées en Lorraine.
- environ 3 250 séjours complets effectués.
- un peu plus de 2 100 patients ont été pris en charge sur la même période.

Cela représente 1,6 % des journées d'HAD sur l'ensemble du territoire français, 2,5 % du total des séjours et 2,5 % des patients hospitalisés en HAD en 2009.

L'activité HAD en Lorraine a atteint 2 252 journées d'HAD pour 100 000 habitants en 2009 contre 896 journées en 2005. Cela équivaut à une augmentation de 150 % de l'activité en hospitalisation à domicile sur le département en 5 ans.

Il apparaît donc clairement que l'HAD est en permanente expansion régionale, tant en nombre de structures qu'en terme d'activité.

2.4) L'HAD de l'agglomération messine

2.4.1) La structure

Comme nous l'avons précisé précédemment, l'HADAM est une structure HAD polyvalente de 40 places bénéficiant d'un satellite rural à Rémilly. Le siège du service est installé à Metz-Sablon.

L'HADAM dépend de l'hôpital Sainte-Blandine de Metz qui est un établissement privé à but non lucratif (anciennement appelé Participant au Service Public Hospitalier ou PSPH).

L'équipe se compose de :

- 2 médecins coordonnateurs
- 1 cadre supérieur infirmier
- 1 infirmière coordonnatrice
- 18 infirmières diplômées d'état
- 1 assistante sociale à temps partiel
- 1 secrétaire à temps plein
- 2 internes en médecine générale
- à l'occasion de leurs stages : des élèves infirmiers et élèves psychologues

Une particularité de l'HADAM tient au fait que tous les membres de l'équipe sont salariés de l'établissement hospitalier.

La structure fait appel à des intervenants libéraux pour compléter son activité.

La permanence des soins y est assurée 24 h / 24 et 7 j / 7, une infirmière et un médecin coordonnateur étant d'astreinte en dehors des plages d'ouverture de la structure.

La fondation Sainte-Blandine dispose également d'un Service de Soins infirmiers à Domicile. Ses locaux sont situés dans le même bâtiment que ceux de l'HAD.

Il est important de souligner que l'infirmière cadre supérieur de l'HAD est également responsable du SSIAD.

La coordination des deux services s'en trouve donc facilitée, et les relais de l'un à l'autre peuvent s'effectuer avec une grande rapidité.

L'HADAM est la plus ancienne structure de Moselle.

Bien installée sur le département, elle bénéficie d'une capacité d'accueil supérieure aux autres HAD du département et son organisation, déjà bien éprouvée, lui permet un fonctionnement efficace.

2.4.2) Secteur interventionnel

La zone d'action de l'HAD de l'agglomération messine s'étend jusqu'à 20 Km ou 30 minutes autour du service.

Elle a pu être élargie en zone rurale grâce à la création du satellite de Rémilly, situé à 30 km de Metz environ.

Le périmètre d'intervention comprend donc à présent 142 communes.

Si nous nous référons uniquement à l'espace couvert par la structure mère, nous pouvons relever plusieurs éléments facilitant le fonctionnement de l'HADAM.

Tout d'abord, la région messine est particulièrement bien desservie par les axes routiers et autoroutiers. Cela favorise ainsi le déplacement rapide des équipes soignantes et permet l'extension du champ d'intervention si le critère temps (30 minutes d'éloignement) est retenu.

Rappelons que l'autoroute traversant Metz n'est pas une voie privée. Son utilisation n'est donc pas soumise à péage, et n'engendre pas de surcoût de fonctionnement à l'HAD.

De plus, ce réseau routier dense permet de rejoindre les principaux établissements hospitaliers régionaux de l'axe Thionville-Metz-Nancy en moins de 40 minutes, au départ du secteur messin. Les transferts des patients nécessitant une prise en charge en urgence peuvent donc être effectués rapidement, même si le patient se trouve à son domicile.

Ensuite, le bassin messin est très homogène au plan géographique. Il n'existe pas d'obstacle naturel à franchir au sein du secteur de l'HADAM, à la différence des Vosges par exemple. Là encore, la mobilité des soignants en est facilitée.

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, l'offre de soins, tant médicale que paramédicale, est bien fournie sur le secteur de l'HADAM qui s'étend en grande partie au sein du sillon lorrain.

2.4.3) Activité de l'HADAM

L'HADAM est la première HAD à s'être installée en Moselle en 1999.

Son activité n'a cessé de croître depuis sa création.

En effet, en 2001, on totalisait 2 603 journées et 245 séjours.

En 2009, on comptabilise plus de 31 000 journées effectuées, soit une activité multipliée par 12 en 8 ans, et le nombre de séjours a atteint 652.

Le nombre de patients accueillis a marqué une hausse de 220 %, passant de 133 à 428 sur cette même période.

Analysons les caractéristiques principales des prises en charge de l'année 2009 :

- La polyvalence de la structure est importante comme le montre la diversité des modes de prises en charges.

Libellé	%
Assistance respiratoire	2,25%
Autres traitements	0,84%
Chimiothérapie anti-cancéreuse	1,54%
Education du patient et de son entourage	0,42%
Nutrition entérale	1,12%
Nutrition parentérale	4,35%
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	10,39%
Post traitement chirurgical	24,30%
Prise en charge de la douleur	0,70%
Radiothérapie	0,14%
Soins de nursing lourds	1,26%
Soins palliatifs	23,88%
Surveillance d'aplasie	0,14%
Surveillance post chimiothérapique	0,28%
Traitement intraveineux	28,37%

Fig.5 : Ventilation des différents modes de prise en charge en 2009

- Les patients diffèrent également fortement tant par leur âge (Cf. Fig. 6) que par leur autonomie, évaluée par l'indice de Karnofsky (Cf. Fig7, Annexe 1).

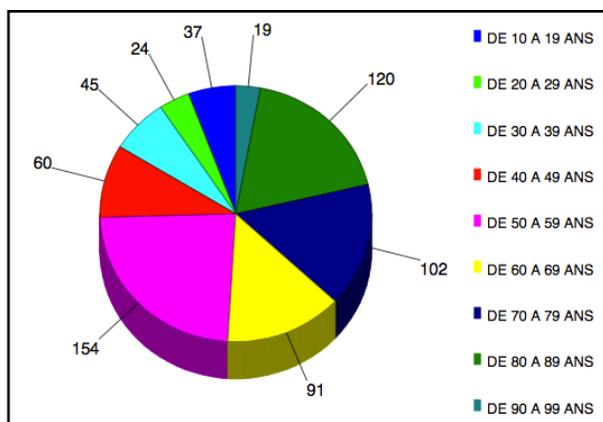


Fig.6 : répartition des patients selon leur âge

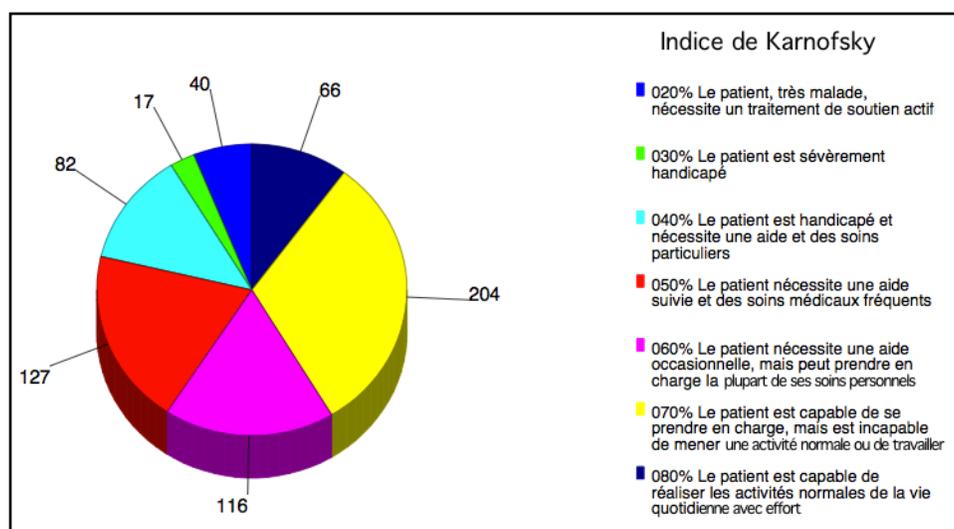


Fig.7 : répartition des patients en fonction de l'indice de Karnofsky

- Les soins effectués sont essentiellement des soins ponctuels (73 %). Viennent ensuite les soins continus (20 %) puis les soins de réadaptation (7 %).
- Les séjours effectués sont en majorité des séjours de courte durée (Cf. Fig.8).

Ce constat est d'autant plus remarquable que près de 50 % des patients pris en charge par l'HADAM en 2009 ont un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 50 %. Ce sont donc des patients « lourds » nécessitant une charge en soins importante.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR		
DES 652 PC		
du 01/01/2009 au 31/12/2009		
<i>MINIMUM: 1, MAXIMUM: 166, MOYENNE : 17</i>		
Libellé	Résultat	%
MOINS DE 10 JOURS	384	58,90%
DE 10 À 29 JOURS	151	23,16%
DE 30 À 89 JOURS	95	14,57%
DE 90 À 179 JOURS	22	3,37%
TOTAL	652	

Fig.8 : durée moyenne de séjour des patients pris en charge en HAD en 2009 (sources HADAM)

Ces particularités de l'HADAM permettent une rotation importante des patients pris en charge ainsi qu'une attente avant admission assez courte.

- En 2009, l'HAD de l'agglomération messine a travaillé avec 59 % des médecins généralistes du bassin messin. Cela démontre son implantation forte sur cette aire géographique.

L'analyse des rapports d'activité, entre 2005 et 2009, met en évidence que 35 % des prescripteurs d'HAD sont des médecins généralistes. Ce chiffre reste stable depuis 5 ans.

Toutefois, en 2005 les généralistes étaient à l'origine d'un peu plus de 29 % des demandes de prise en charge alors que seulement 16,5 % des demandes leurs sont imputables en 2009.

Ce qu'on pourrait considérer comme une récession à première vue ne l'est en fait pas du tout.

En effet, entre 2005 et 2009, le nombre de dossiers de demandes issus des médecins généralistes est demeuré parfaitement stable, à savoir 100 demandes par an environ. Cela prouve que la possibilité de prescription d'une HAD par les médecins généralistes, en vigueur depuis 1991, a bien été intégrée par ces derniers.

L'augmentation de l'activité est donc liée aux médecins hospitaliers.

Constat positif qui marque que les freins liés à la perception de l'HAD par les hospitaliers semblent céder, n'entravant plus leur capacité de prescription.

De plus, soulignons que les prises en charges post-chirurgicales tiennent une part importante de ces prescriptions hospitalières. En 2009, elles représentaient à elles-seules près de 25 % des séjours en HAD.

Remarquons que cette proportion non négligeable des prescriptions d'HAD n'aurait, de toute évidence, pas pu relever des médecins généralistes.

Soulignons également que, dans cette période, l'HADAM a signé une convention avec le Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier Régional (CHR), ainsi qu'une convention tri-partite SAU-HAD-EHPAD. Les prises en charge en HAD des patients transitant par les urgences, vivant en EHPAD ou non, s'en trouvent donc facilitées. Dans ce cas de figure, le médecin prescripteur est le médecin urgentiste hospitalier.

Enfin, nous pouvons noter qu'en Ile-de-France, en 2007, seuls 5 % des prescriptions d'HAD provenaient des médecins généralistes. [28]

Les généralistes du bassin messin ont donc une activité de prescription beaucoup plus forte que leurs homologues parisiens.

Toutes ces données confirment que l'HADAM est une structure active bien implantée au sein de sa zone d'intervention. Sa polyvalence n'est plus à démontrer tout comme sa réactivité, le turn-over important des patients lui permettant de répondre rapidement aux demandes de prise en charge tant hospitalières que libérales.

Troisième partie :
HAD et médecins généralistes
du secteur d'activité de l'HADAM

1) Contexte de l'étude

L'HAD de l'agglomération messine est, comme nous l'avons vu précédemment, une structure active bien implantée sur le bassin messin.

En 2003, une thèse, menée par B. Hammouche, avait évalué la connaissance de l'HAD par les médecins généralistes au sein de la zone de rayonnement de l'HADAM.

Depuis 2004, une formation spécifique destinée aux médecins généralistes a été mise en place par HADLOR afin d'améliorer leur connaissance et leur utilisation de l'HAD.

L'idée s'est donc fait jour, d'établir un nouvel « état des lieux » en 2009 et d'observer les évolutions depuis 2003.

Il nous a également paru intéressant d'analyser l'impact des formations dédiées aux médecins généralistes sur leur perception de l'HAD et leur utilisation, en terme de prescription notamment.

2) Matériel et Méthode

2.1) Le questionnaire

Pour mener à bien cette étude, nous avons décidé d'employer le même mode opératoire que notre prédécesseur en diffusant des questionnaires « papier ».

Le questionnaire établi en 2003 nous a servi de base de travail.

Pour remanier ce dernier, nous avons interrogé des médecins généralistes nancéiens sur les formations dispensées par HADLOR.

Nous avons également assisté à la deuxième journée régionale de l'hospitalisation à domicile en Lorraine en mars 2009 afin de saisir l'ensemble des avancées acquises et à venir dans ce domaine.

Le questionnaire définitif a été modifié et approuvé par notre directrice de thèse après trois versions. (Cf. ANNEXE 2)

Il se compose de trois grandes parties :

- la première vise à déterminer le profil du médecin répondant : son âge, ses conditions d'exercice, son investissement socio-professionnel.
- la seconde s'intéresse à la perception et à l'utilisation de l'HAD par le médecin.
- la troisième est orientée « formation » et se compose d'un paragraphe commun suivi de deux sous-parties, l'une adressée aux médecins formés, l'autre aux médecins non formés.

Ce questionnaire a été établi afin d'effectuer une étude descriptive de la population de médecins généralistes répondants, ainsi qu'une étude comparative médecins formés versus médecins non formés.

L'objectif principal est de mettre en évidence la connaissance de l'HAD par les médecins généralistes et d'identifier les freins persistants à leur utilisation de cet outil. L'objectif secondaire est d'évaluer l'influence des formations dispensées dans la pratique quotidienne des médecins généralistes en quantifiant et comparant le nombre de prescriptions d'HAD émanant des médecins formés et des médecins non formés.

2.2) La population

Compte tenu de l'intérêt à s'adresser à l'ensemble des médecins pour cette étude, il a été décidé de diffuser le questionnaire à la totalité des médecins généralistes dépendant du secteur de l'HADAM.

De plus, sachant que le taux de réponse aux enquêtes « papier » avoisine généralement les 30 % et soucieux d'obtenir un nombre significatif de réponses, il semblait plus judicieux de s'adresser à tous plutôt que de sélectionner un échantillon.

Un listing a donc été établi à partir de la base de données de l'Ordre des Médecins de Moselle, recensant 343 médecins généralistes en exercice au 1er janvier 2010.

2.3) La diffusion du questionnaire

Le soutien logistique et financier nécessaire à la réalisation d'une telle étude nous a été apporté par HADLOR, l'impression et la mise sous pli ayant été réalisées par la secrétaire de la structure.

Un premier envoi a été effectué fin mars, le questionnaire étant accompagné d'un courrier explicatif. Une enveloppe retour pré-affranchie avec adresse apposée était également fournie.

Un numéro a été attribué à chaque médecin et reporté au dos de l'enveloppe retour lors du premier envoi, afin de pouvoir écarter les médecins ayant déjà répondu lors du rappel.

Une relance a été expédiée quatre semaines plus tard, accompagnée d'un nouveau courrier incitatif.

2.4) L'analyse statistique

L'analyse statistique a été confiée au Dr N. Jay, exerçant au laboratoire de Santé Publique, Information médicale et Enseignement multimédia Assisté par Ordinateur (SPI-EAO).

Aucun nom ni numéro correspondant à un médecin répondant n'a été conservé lors du traitement des données, assurant la confidentialité des réponses.

3) Résultats

Il est important de signaler que nous n'avons pas pu retrouver les données sources de l'enquête menée en 2003. De ce fait, les populations interrogées il y a 7 ans et actuellement sont différentes et les échantillons constitués ne sont pas indépendants. Il est dès lors difficile d'effectuer des calculs statistiques comparant les deux enquêtes réalisées. Les données de 2003 sont donc indicatives et nous ne pourrons, en général, qu'évaluer des tendances statistiques.

3.1) Analyse descriptive de la population répondante

Sur 343 questionnaires envoyés nous avons reçus 162 réponses soit 47,2 % de taux de réponse. L'étude menée en 2003 avait obtenu un taux de réponse inférieur avec 31 %.

année	nb questionnaires envoyés	nb questionnaires reçus	proportion
2010	343	162	47,2 %
2003	227	71	31 %

Tab.1 : Taux de réponse aux enquêtes

3.1.1) Profil des médecins répondants

▶ 72 % des médecins répondants sont des hommes.

Cette donnée est similaire à celle de 2003 où 73 % des répondants étaient des hommes.

▶ En moyenne, l'âge des médecins généralistes est de 51 ans et leur année d'installation remonte à 1990. Ce sont donc plutôt des médecins expérimentés, installés depuis 20 ans.

▶ Ils exercent en association pour 62 % d'entre eux et 90 % sont installés dans des cabinets informatisés avec accès internet.

▶ Les généralistes interrogés exercent majoritairement en milieu urbain.

type d'exercice professionnel	nombre (pop. totale, n = 162)	proportion
rural	5	3 %
semi-rural	44	27 %
urbain	113	70 %

Tab.2 : Répartition des généralistes selon le type d'exercice

► Analysons les investissements socio-professionnels des généralistes répondants.

- Participation aux réseaux

40 % des répondants déclarent participer à un réseau de soins.

Ils étaient 38 % en 2003. Là encore les chiffres sont stables.

La répartition est très nivelée comme l'indique le tableau ci-dessous.

réseaux	proportion participants 2010	proportion participants 2003
soins à domicile	15 %	9 %
HAD	19 %	15 %
ville-hôpital	15 %	16 %
maintien à domicile	10 %	13 %
soins palliatifs	5 %	7 %

Tab.3 : Répartition des généralistes selon les réseaux

On remarque que seuls 19 % affirment participer à un réseau HAD, ce qui traduit probablement une mauvaise compréhension du terme « participation ». En effet nous verrons plus loin que 81 % des médecins généralistes prennent part à l'hospitalisation à domicile.

- Intervention au sein d'institutions

Comme en 2003, les deux tiers des médecins généralistes déclarent intervenir en maison de retraite contre 5 % en milieu hospitalier.

Une grande proportion de généralistes prend donc en charge des patients âgés, au sein même des EHPAD.

• Action de formation :

65 % des généralistes participent à des actions de formation médicale continue (FMC), 14 % interviennent dans la formation pratique des étudiants en médecine et internes (stages, enseignements), et 16 % ont des responsabilités au sein du cadre organisationnel de la profession.

Les proportions mises en évidence sont similaires à celles relevées 7 ans auparavant.

type d'action effectuée	2010	2003
FMC	65 %	65 %
formation pédagogique	14 %	19 %
organisation de la profession	16 %	14 %

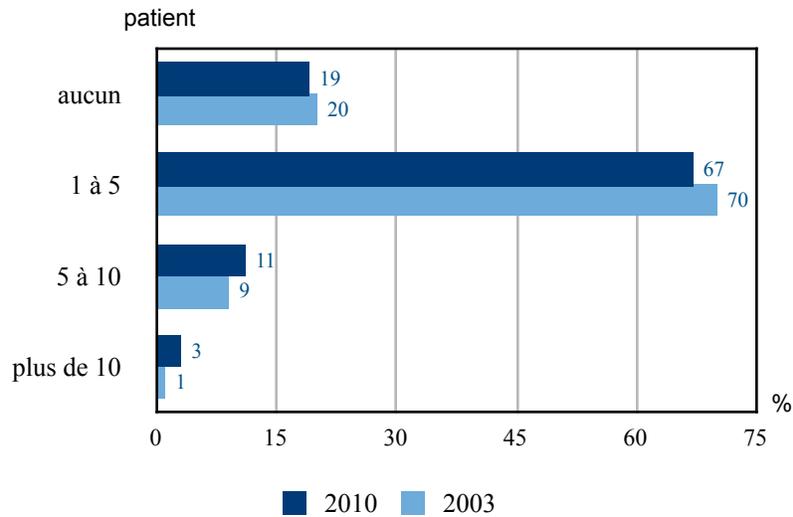
Tab.4 : répartition des généralistes selon les actions effectuées

► Les proportions dans la patientèle des patients en fin de vie et des patients dépendants ont également été recherchées.

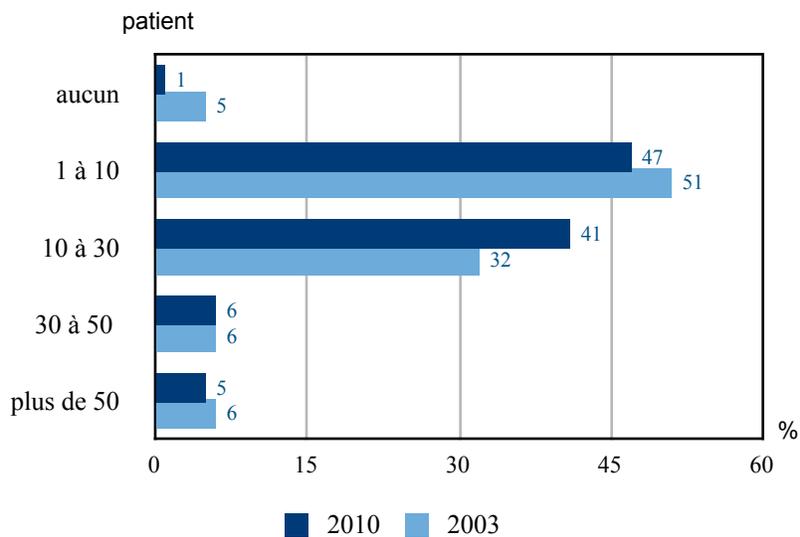
Comme en 2003, plus des deux tiers des médecins prennent en charge entre 1 et 5 patients en fin de vie. Ils sont un dixième à en avoir entre 5 et 10 dans leur population de patients (Cf. Graph.1).

47 % des médecins ont 1 à 10 patients dépendants au sein de leur patientèle en 2010 et 41 % en ont entre 10 et 30. Seulement un médecin sur trois comptait entre 10 et 30 patients dépendants en 2003 (Cf. Graph.2).

En moyenne les médecins interrogés estiment prendre en charge 27 % de patients de plus de 65 ans et 30 % de malades chroniques.



Graph.1 : Proportion de médecins par classe de patients en fin de vie



Graph.2 : Proportion de médecins par classe de patients dépendants

3.1.2) Connaissance et perception de l'HAD

► Sectorisation géographique et utilisation de l'HAD

99 % des médecins généralistes savent qu'une structure d'hospitalisation à domicile existe sur leur secteur géographique, ils étaient 86 % en 2003.

A la question « savez-vous que vous pouvez prescrire une HAD ? », ils sont 90 % à répondre OUI.

Ces deux données témoignent de la bonne diffusion de l'information auprès des médecins généralistes exerçant au sein du secteur de l'HADAM.

Les recherches effectuées avec les rapports d'activité de l'HADAM montrent que 81 % des médecins répondants ont déjà pris en charge un patient en HAD.

Ils sont 97 % à déclarer n'avoir jamais refusé une HAD.

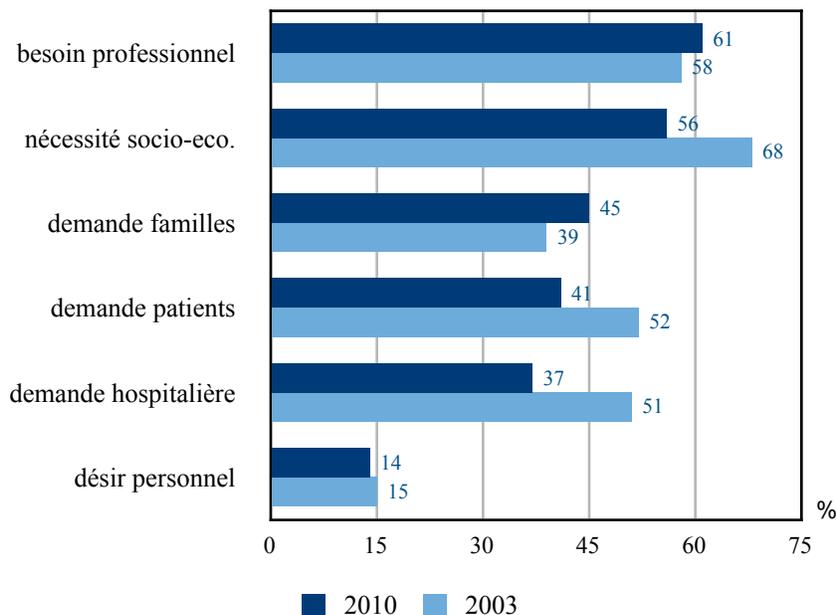
Il semble donc que les médecins participant à l'HAD soient légèrement sur-représentés au sein de la population répondante, probablement du fait de l'intérêt porté à cette enquête par les médecins investis dans l'hospitalisation à domicile.

Les généralistes interrogés ont suivi en moyenne 1,7 patients en HAD au cours de l'année 2009, le nombre de prises en charge s'échelonnant de 0 à 10 patients selon les médecins.

Les prescriptions d'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes eux-mêmes sont en moyenne de 0,9 patient par généraliste en 2009. La médiane est nulle ce qui signifie que 50 % des généralistes répondants n'ont pas prescrit d'HAD en 2009.

Les médecins répondants déclarent à 88 % que leurs prescriptions ont abouti à une HAD effective.

► Besoins ressentis en HAD et perception du service rendu (Cf. Graph.3 et 4)



Graph.3 : Besoins en HAD perçus par les médecins

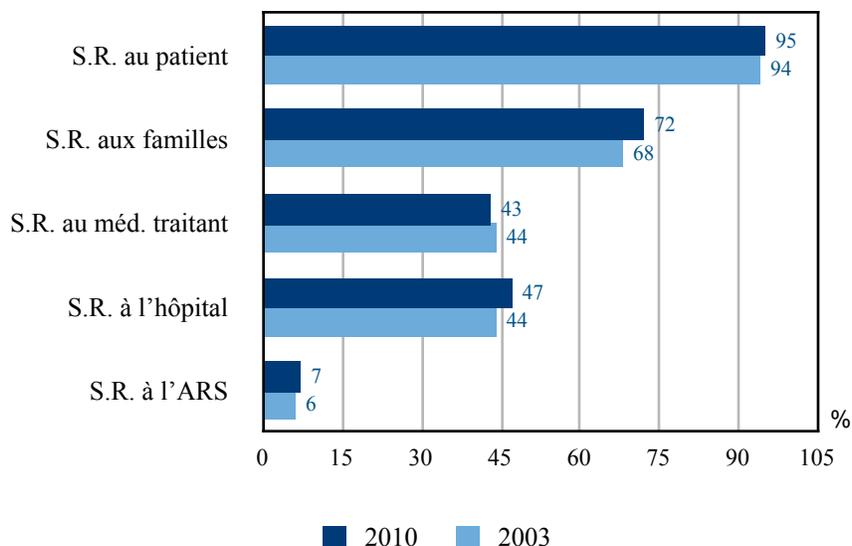
En 2010, l'HAD répond à un besoin professionnel pour 61 % des médecins et à une nécessité socio-économique pour 56 % d'entre eux.

Ces deux motifs restent en tête des besoins ressentis par les médecins depuis 2003. Toutefois, l'aspect professionnel prend le pas sur l'aspect économique.

L'hospitalisation à domicile apparaît comme une réponse à une demande hospitalière pour 37 % des médecins, chiffre qui a visiblement régressé par rapport à 2003 où plus d'un généraliste sur deux percevait l'HAD comme une solution apportée au milieu hospitalier.

Le désir personnel de travailler en HAD n'est évoqué que par 14 % des médecins.

La demande des familles est mieux perçue par les généralistes en 2010 : ils sont 45 % à penser que l'HAD est une réponse à cette dernière.



Graph.4 : Perception par les médecins du service rendu par l'HAD

L'hospitalisation à domicile est perçue comme un service rendu aux patients pour 95 % des médecins répondants, et aux familles pour 72 % d'entre eux.

47 % des médecins estiment que l'HAD est un service rendu à l'hôpital et 43 % à leur pratique.

L'HAD n'est donc perçue comme un outil pratique dans leur exercice quotidien que pour moins d'un médecin sur deux.

On remarque que, globalement, la perception du «service rendu» par l'HAD n'a pas évolué en 7 ans.

3.1.3) Obstacles à l'utilisation de l'HAD

► Les freins liés aux connaissances des généralistes (Cf Graph.5)

Plus d'un tiers des médecins mettent en avant leur appréhension quant à la maîtrise des gestes techniques et des dispositifs médicaux de nursing.

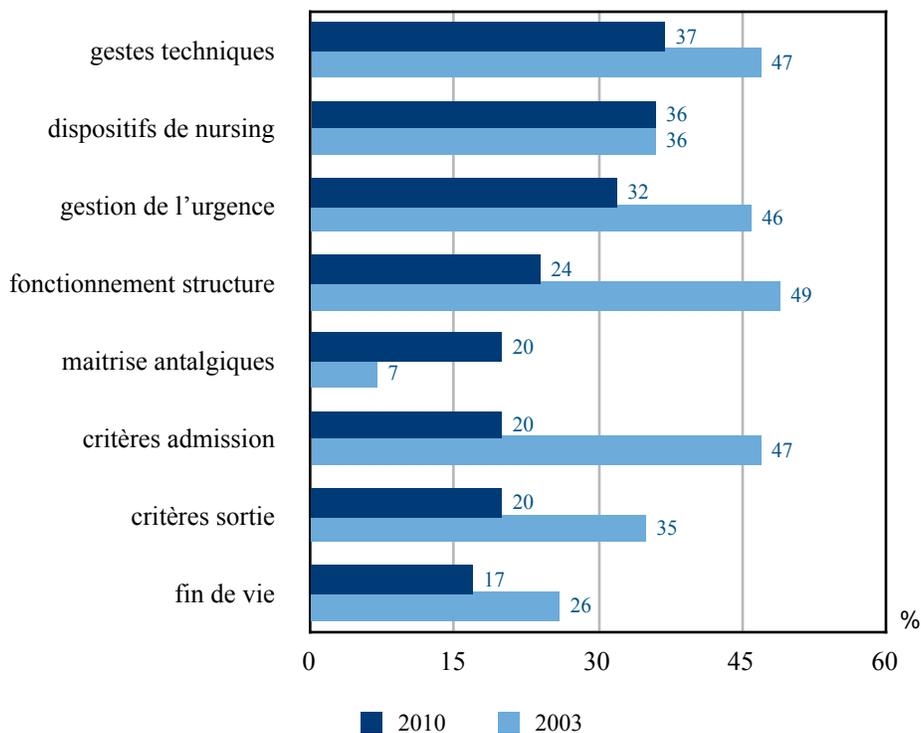
La crainte de la gestion de l'urgence est citée par 32 % d'entre eux.

La problématique de la gestion de la fin de vie à domicile n'est mise en avant que par 17 % des généralistes.

On note une nette régression de ces motifs de « non utilisation » par rapport à 2003.

La gestion à domicile de pathologies lourdes apparaît comme une entrave à l'utilisation de l'HAD pour 26 % des répondants.

Un médecin sur cinq estime méconnaître les critères d'admission et de sortie d'HAD ainsi que le fonctionnement de la structure. Ils étaient 49 % à mentionner le manque d'information sur son fonctionnement en 2003. Là aussi, il existe une décroissance importante des chiffres.



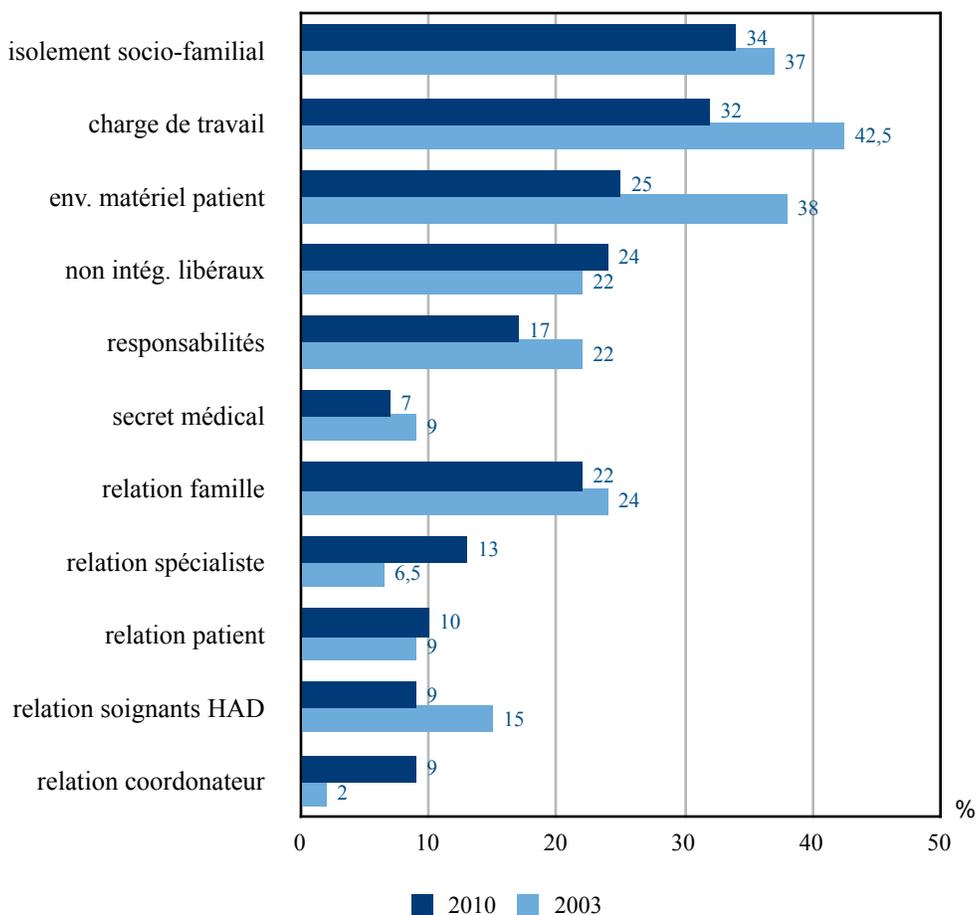
Graph.5 : Proportion de médecins dont les freins sont liés aux connaissances

► Les obstacles liés aux caractéristiques propres à l'HAD (Cf. Graph.6)

Le premier obstacle à la prise en charge en HAD, mis en avant par 34 % des généralistes, est l'isolement socio-familial du patient.

La charge de travail est mentionnée en seconde position par 32 % des médecins, en diminution franche par rapport à 2003 où elle apparaissait comme l'écueil principal à l'utilisation de l'HAD avec plus de 42 %.

L'environnement matériel du patient est cité par un généraliste sur quatre. Là encore, ils étaient plus nombreux à l'évoquer il y a 7 ans (38 %).



Graph.6 : Proportion de médecins dont les freins sont liés aux caractéristiques de l'HAD

Les responsabilités inhérentes à la prise en charge en HAD ainsi que le partage du secret médical ne semblent pas constituer un problème majeur aux généralistes (respectivement 17 % et 7 %).

Les difficultés relationnelles avec la famille ou le patient sont désignées comme un frein par respectivement 22 % et 10 % des médecins généralistes. Ces chiffres, liés aux rapports humains unissant familles, médecins et patients, sont stables par rapport à 2003.

Les difficultés relationnelles avec l'équipe soignante HAD sont évoquées par moins d'un généraliste sur dix.

3.1.4) Modification des pratiques professionnelles

Pour 60 % des généralistes, l'hospitalisation à domicile permet d'améliorer la prise en charge des patients (Cf. Tab.5).

Elle donne accès aux prises en charge complexes pour 57 % des médecins interrogés. En effet, les prises en charge en HAD sont issues de protocoles hospitaliers, non accessibles aux généralistes en médecine ambulatoire.

A titre indicatif, en 2003, seuls 20 % des médecins répondants ayant déjà suivi un patient en HAD estimaient que l'HAD avait amélioré la prise en charge de leurs patients.

Pour plus d'un médecin sur deux, ce type d'hospitalisation permet de développer une capacité de maintien à domicile.

Pratiques professionnelles modifiées	proportion
meilleure qualité de prise en charge	60 %
prises en charge complexes	57 %
capacité de maintien à domicile	55 %
anticipation des sorties d'hospitalisation	51 %
amélioration du lien entre confrères	43 %

Tab.5 : principaux changements dans la pratique professionnelle des généralistes répondants

3.1.5) Formation et information

► 85 % des médecins répondants estiment qu'un stage d'internat au sein d'une structure HAD est utile dans le cadre de la formation d'un futur généraliste.

► 62 % des répondants ressentent le besoin d'une formation ou d'une information complémentaire sur l'hospitalisation à domicile, préférentiellement sous forme d'une formation médicale continue (Cf. Tab.6).

Ils étaient 65 % en 2003. La demande en formation reste donc relativement constante.

vecteurs de formation	proportion
FMC	46 %
Groupe de travail	20 %
Presse	9 %
Congrès	4 %
Semaine	2 %

Tab.6 : Proportion de médecins généralistes par type de formation

► Lorsqu'on interroge les généralistes répondants sur les domaines où un besoin de formation est ressenti, ils sont 29 % à s'exprimer. Les thèmes à aborder sont rapportés dans le tableau ci-dessous et correspondent aux obstacles à l'utilisation de l'HAD mentionnés plus tôt dans notre travail.

formations souhaitées	proportion de médecins
gestes techniques	42 %
maniement des antalgiques	32 %
fonctionnement de la structure HAD	25 %
soins palliatifs	21 %
pathologies lourdes	11 %
indications d'HAD	6 %

Tab.7 : Proportion de généralistes par thème de formation souhaitée

En 2003, les médecins interrogés étaient 28 % à avoir répondu à cet item, et 50 % des répondants souhaitaient bénéficier d'une formation concernant les gestes techniques en HAD.

► Parmi l'ensemble des médecins répondants, 73 ont participé à des séances de formation professionnelle soit 45 %. Plus de la moitié des médecins ne suivent donc aucune formation. Pourtant beaucoup parmi eux ont déjà pris en charge un patient en HAD (Cf p 60). Ces derniers, en autodidactes de l'HAD, acquièrent les bases de son fonctionnement sur le terrain.

3.2) Etude comparative des populations de médecins formés à l'HAD et non formés

3.2.1) Participation aux formations

► Ils sont 30 % à avoir suivi une formation organisée par HADLOR. Ces formations comportent une partie pratique et une partie théorique. Elles ont l'originalité d'être communes aux médecins, infirmiers et sage-femmes afin de favoriser l'esprit d'équipe et le travail pluridisciplinaire.

Les médecins formés ont eu accès à l'information essentiellement par courrier.

diffusion de l'information	proportion
courrier	84 %
confrère	25 %
internet	21 %
mail	14 %
congrès	10 %

Tab.8 : Modes d'accès à l'information par les médecins

► 70 % des médecins répondants n'ont jamais assisté à une formation spécifique à l'HAD organisée par HADLOR.

- Les raisons avancées par ces derniers sont exposées dans le tableau 9.

causes de non participation	proportion de médecins
manque de temps	79 %
non informé	49 %
redondance	25 %
non concerné	15 %
désintérêt	4 %

Tab.9 : Proportion de médecins par motif de non participation aux formations

79 % des généralistes évoquent un manque de temps matériel à consacrer aux formations, près d'un médecin sur deux affirme ne pas avoir été informé de leur existence.

A ce propos, notons que HADLOR diffuse un courrier, avant chaque formation, à l'ensemble des médecins généralistes exerçant au sein du secteur de l'HADAM. Aucune relance n'est effectuée, les places disponibles étant toutes pourvues à l'issue du premier envoi.

Le désintérêt pour ces formations n'est mentionné que par 4 % d'entre-eux, et seulement 15 % ne se sentent pas concernés par les thèmes abordés.

- 72 % des non formés affirment leur intention de participer à des formations spécifiques à l'hospitalisation à domicile.

3.2.2) Profils des médecins

Les profils des deux populations étudiées (médecins formés versus non formés) sont comparables.

Les calculs statistiques ne mettent pas en évidence de différence significative concernant le sexe, l'âge, le type d'exercice et les conditions d'exercice entre les

médecins assistant aux formations et n'assistant pas aux formations organisées par HADLOR.

	médecins non formés (Pop. totale, n = 114)		médecins formés (Pop. totale, n = 48)	
	nombre	proportion	nombre	proportion
sexe masculin	80	70 %	36	75 %
exercice urbain	79	70 %	34	71 %
associé	65	57 %	31	65 %

Tab.10 : profil des médecins généralistes

3.2.3) Patientèles

On note que les caractéristiques des patientèles des deux populations médicales comparées semblent être différentes.

L'analyse des tendances statistiques montre que 21 % des généralistes formés déclarent prendre en charge plus de 5 patients en fin de vie contre 13 % des médecins n'assistant pas aux formations.

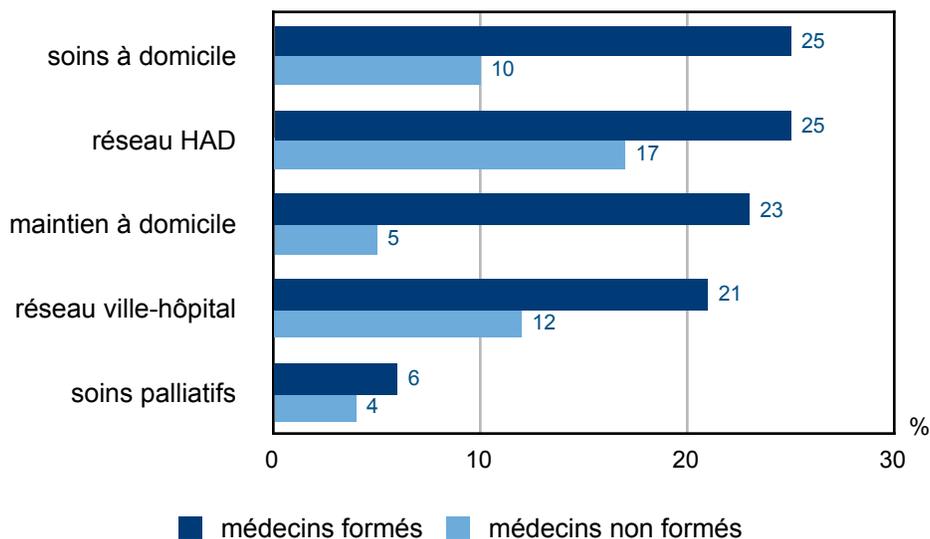
Il en est de même en ce qui concerne la proportion de patients dépendants : 56 % des médecins formés ont plus de 10 patients dépendants au sein de leur patientèle contre 49 % des médecins non formés.

Les généralistes participant aux formations semblent donc prendre en charge un plus grand nombre de patients susceptibles de relever de l'HAD.

3.2.4) Implication dans les réseaux

► L'implication au sein des réseaux semble plus importante chez les généralistes participant aux formations : 47 % déclarent s'investir dans un réseau versus 38 % chez les non participants (différence non significative statistiquement).

L'investissement des médecins formés dans les domaines des soins à domicile et du maintien à domicile est significativement supérieure au groupe de généralistes non formés ($p < 0,05$). Les médecins assistant aux formations sont donc très investis dans des domaines aux rôles proches de ceux de l'hospitalisation à domicile (Cf. Graph.7).



Graph.7 : Implication au sein des réseaux des médecins formés et non formés

Nous pouvons également noter que ce sont ces mêmes médecins formés qui semblent prendre part de façon plus importante aux activités de la vie professionnelle médicale. 76 % des généralistes formés participent à une action de formation associative contre 60 % des médecins non formés.

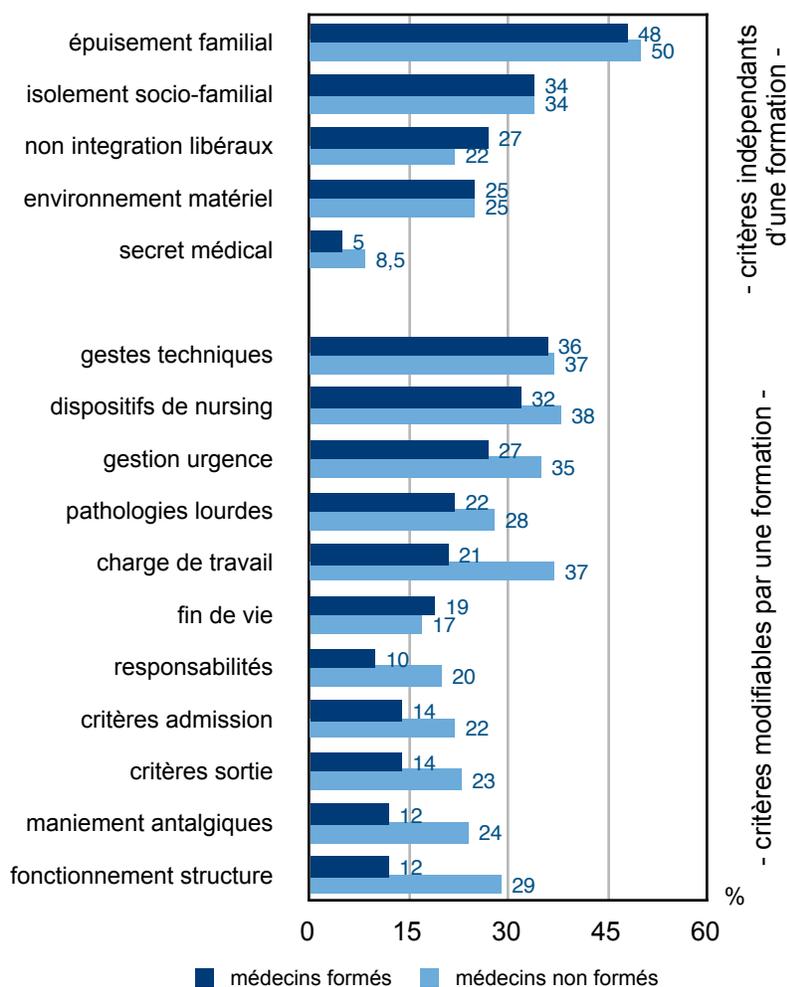
3.2.5) Besoins ressentis en HAD

La perception des besoins en HAD dans les deux groupes est superposable. Toutefois, le désir personnel d'utiliser ce mode de prise en charge est mentionné plus fréquemment par les médecins participant aux formations que par les généralistes non formés (21 % versus 10,5 %).

De plus, les médecins ayant bénéficié des formations semblent avoir mieux intégré l'hospitalisation à domicile dans leur pratique quotidienne. En effet, 52 % d'entre eux la considèrent comme un outil leur rendant service, versus 39 % des médecins non formés.

3.2.6) Freins à l'HAD

Les obstacles à l'utilisation de l'HAD, en lien avec l'environnement socio-familial et matériel du patient ont une fréquence commune dans les deux populations étudiées.



Graph.8 : Obstacles à l'utilisation de l'HAD chez les médecins formés et non formés

L'observation des tendances statistiques montre que les freins modifiables grâce à une action de formation bien menée semblent être moins fréquemment évoqués par les médecins ayant assisté aux formations (notamment en ce qui concerne la connaissance du fonctionnement de la structure : $p = 0,07$).

Toutefois, des écueils d'aspect pratique se dressent encore. En effet, la maîtrise des gestes techniques et des dispositifs de nursing continue à poser problème tant aux médecins formés qu'aux médecins non formés.

3.2.7) Besoins en formation

En outre, la nécessité d'un apprentissage de l'HAD est toujours présente au sein des deux groupes étudiés, même si elle semble un peu moins forte chez les médecins formés. Plus d'un médecin formé sur deux (52 %) et les deux tiers des généralistes non formés (66 %) reconnaissent avoir besoin d'une formation ou d'une information complémentaire sur l'HAD.

Il semble donc qu'il faille être attentif à la demande en formation des médecins ayant déjà suivi des enseignements relatifs à l'HAD afin d'adapter l'offre : thèmes à aborder, organisation des séances, aspect pratique ...

3.2.8) Utilisation de l'HAD et formation

87 % des médecins ayant assisté aux formations HADLOR les trouvent suffisamment pratiques et 89 % bien adaptées aux différentes situations rencontrées en HAD.

Nous avons recherché une modification de la perception par les médecins formés de leur utilisation de l'HAD (Cf. Tab.11). Pour 76 % d'entre eux, la prise en charge en HAD d'un patient a été facilitée par les formations et 65 % déclarent avoir l'intention de prescrire des HAD suite à ces formations.

utilisation de l'HAD	nb (Pop. totale, n = 46)	proportion
prescription d'HAD antérieure aux formations	27	56 %
intention de prescrire des HAD après les formations	30	65 %
prise en charge en HAD facilitée après les formations	36	76 %

Tab.11 : Utilisation de l'HAD par les médecins formés

La participation à l'HAD révélée par l'analyse des rapports d'activité de l'HADAM est similaire dans les deux groupes : 79 % des médecins non formés et 85 % des médecins formés ont déjà suivi un patient en hospitalisation à domicile.

Le nombre de patients pris en charge en moyenne par médecin généraliste en 2009 est également sensiblement identique d'une population à l'autre à savoir 1,5 patients par généraliste formé contre 1,7 patients par généraliste non formé.

A contrario, la prescription d'HAD est beaucoup plus fréquente chez les généralistes formés, et ce de manière significative ($p = 0,008$) : 1,5 prescriptions d'HAD en 2009 par généraliste formé versus 0,7 par médecin non formé.

Quatrième partie :
Discussion et perspectives d'avenir

1) Discussion

1.1) Représentativité de l'étude

L'étude effectuée dans ce travail bénéficie d'un taux de réponse particulièrement élevé avec 47,2 %.

L'envoi de questionnaires par courrier génère en général un taux de réponse de 30 % comme c'était le cas en 2003. [29]

A titre de comparaison, une enquête réalisée en 2007 selon le même mode (courrier), qui visait à étudier l'implication des médecins généralistes dans les dispositifs d'HAD en Bretagne, a obtenu un taux de réponse de 37,8%. [30]

Un taux de réponse élevé confère donc à notre étude une certaine qualité.

Dans notre enquête tous les médecins généralistes exerçant au sein du secteur d'activité de l'HADAM ont été interrogés. Tous ont donc eu la possibilité de s'exprimer. Toutefois, nous sommes conscients que cette enquête a pu générer un « effet de mobilisation » des médecins intéressés par l'hospitalisation à domicile, engendrant ainsi une sur-représentation de leur opinion dans notre étude.

1.2) Les généralistes en Moselle

1.2.1) Démographie médicale

Les données concernant la démographie médicale en Lorraine en 2009, relevées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, sont inquiétantes. [31]

La population médicale est vieillissante avec un taux de renouvellement assez faible.

Ainsi en Moselle, 74 % des médecins généralistes sont de sexe masculin et la moyenne d'âge globale est de 50 ans, ce qui est comparable aux résultats obtenus dans notre étude (72 % d'hommes, moyenne d'âge 51 ans). Ce constat était déjà d'actualité il y a 7 ans, le profil des généralistes mosellans n'ayant pas montré de changement radical depuis l'enquête menée en 2003.

La densité de médecins généralistes en Moselle est de 83,3 médecins / 100 000 habitants, ce qui est inférieur au taux métropolitain qui atteint presque les 91 généralistes / 100 000 habitants.

Les généralistes étant les pivots de l'HAD, ce mode d'hospitalisation est donc fortement lié à la démographie médicale. Plus présent en milieu urbain ou à proximité des hôpitaux, cette implantation n'en constitue pas moins un maillage du territoire dont l'efficacité se fait également ressentir en milieu rural. En effet, la mutualisation possible des interventions (soit des médecins généralistes, soit de l'HAD) diminue alors l'impression de pénurie de soignants.

1.2.2) Des généralistes dynamiques

Nous pouvons constater que les généralistes interrogés au cours de notre étude sont plutôt dynamiques, technologiquement à la page et actifs.

► 90 % d'entre eux sont informatisés et disposent d'une connexion internet au cabinet.

La voie informatique apparaîtrait donc comme un bon vecteur de diffusion de l'information.

L'organisme pour la promotion et le développement de l'HAD en Moselle qu'est HADLOR l'a déjà remarqué, diffusant ses news-letters par mail et permettant, depuis son site web, le téléchargement des formations réalisées.

► Les médecins répondants sont relativement actifs dans la vie professionnelle médicale.

65 % participent à des actions de FMC et 14 % interviennent dans la formation pédagogique des jeunes générations de médecins. Cet investissement personnel est constant comme en témoignent les chiffres similaires obtenus en 2003. [29]

Il semble donc intéressant d'utiliser ces espaces d'échanges pour dispenser une formation à l'HAD tant aux générations de médecins exerçants qu'aux futurs généralistes.

Il est important de rappeler que la formation médicale continue constitue une obligation légale et déontologique pour chaque médecin.

L'article 11 du code de déontologie médicale précise en effet que « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue ». [32]

De plus, cette FMC est devenue obligatoire depuis la parution de l'arrêté du 3 juin 2006, chaque médecin devant obtenir un certain nombre de points ou crédits FMC en cinq ans. [33]

L'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire (AMMPPU) organise d'ores et déjà, en partenariat avec HADLOR, des formations concernant l'HAD (pathologies rencontrées, soins dispensés, fonctionnement de la structure...) qui donnent droit à l'obtention des crédits FMC sus-cités (en raison de l'agrément obtenu par cette association auprès des conseils nationaux de formation médicale continue).

1.2.3) Une patientèle vieillissante et dépendante

En 2008, selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la Moselle comptait presque 21 % de personnes âgées de plus de 60 ans contre 19,6 % en 2003. [34]

En 2010, la proportion des plus de 60 ans en France avoisine les 23 % avec une augmentation forte de la part des plus de 75 ans (+ 45 % en 20 ans).

Il existe donc un vieillissement indéniable de la population française qui s'accompagne d'une augmentation des pathologies chroniques et de la dépendance.

On note d'ailleurs un accroissement du nombre de patients dépendants dans la patientèle d'un médecin généraliste en 7 ans : 41 % des médecins mosellans répondants déclarent prendre en charge entre 10 et 30 patients dépendants en 2010, contre 30 % d'entre eux en 2003.

Ce constat vient appuyer les projections de l'INSEE à l'horizon 2020 qui estime que la dépendance potentielle en Moselle pourrait augmenter de près de 20 %.

De plus, selon l'INSEE, les transformations du mode de vie auront pour conséquence un accroissement de la population dépendante se situant plutôt à domicile qu'en institution (respectivement + 23,8 % versus + 8,3 %).

Notre étude montre également que les médecins assistant aux formations ont une proportion plus importante de patients dépendants, et/ou en fin de vie, au sein de leur patientèle. La participation aux formations est donc en partie liée au besoin ressenti par le médecin.

On peut aisément penser que le vieillissement de la population française et l'augmentation de la dépendance attendue à domicile vont engendrer une nécessité de se former à l'HAD chez les généralistes dans les dix prochaines années.

1.3) Les enjeux liés à l'hospitalisation à domicile

1.3.1) Intérêt économique

Comme nous l'avons développé précédemment, l'HAD se révèle être une alternative économique intéressante à l'hospitalisation traditionnelle. Elle permet une optimisation du budget, les coûts étant liés à la prise en charge du patient et à son état de santé.

L'HAD, en réduisant les durées de séjours ou même en évitant des hospitalisations, devient une réponse adaptée à la maîtrise des flux de patients en milieu hospitalier.

Elle autorise ainsi un recentrage de l'activité hospitalière sur des actes à haute technicité.

Les médecins hospitaliers l'ont compris et ont de plus en plus souvent recours à l'HAD. L'enquête menée en 2007 par l'URML auprès des généralistes bretons confirme cette tendance avec plus de 50 % des demandes d'HAD émanant du secteur hospitalier. [21] Soulignons que ce phénomène est encore renforcé par la tarification à l'activité, en vigueur depuis 2005, ainsi que par la nécessité de diminuer la durée moyenne de séjour en service hospitalier.

Les résultats que nous rapportons vont dans ce sens.

37 % des généralistes répondants perçoivent cette demande hospitalière en Moselle et près d'un généraliste sur deux estime que l'HAD est un « service rendu » à l'hôpital.

Par ailleurs, 56 % d'entre eux sont conscients de l'enjeu financier lié à l'HAD et considèrent ce mode d'hospitalisation comme une nécessité socio-économique.

Les chiffres retrouvés restent relativement stables comparativement à l'année 2003, la problématique du système de santé ne s'étant pas modifiée de façon considérable en 7 ans.

L'HAD semble donc s'imposer comme un outil incontournable en santé publique. Le contexte actuel, mêlant restriction budgétaire hospitalière, volonté politique de réorganisation du paysage sanitaire français et prise de conscience par le corps médical de l'enjeu financier représenté par l'HAD, est propice au développement de ce mode d'hospitalisation.

1.3.2) Mettre en avant l'aspect humain

L'hospitalisation à domicile est, avant tout, un mode d'hospitalisation centré sur le patient. Son accord est indispensable à la mise en place de l'HAD. Le respect des ses choix, de ses désirs ainsi que de son intimité, est un principe de base dans l'élaboration du projet de soins. [15]

Sa participation active aux soins qui lui sont délivrés est également mise en avant, lui permettant une certaine réautonomisation.

Le Centre de Recherche en Economie de la Santé montrait il y a quelques années que 93 % des patients pris en charge en HAD signalaient un « mieux être », 90 % s'estimant satisfaits de ce mode de prise en charge. [19]

Les aidants naturels soulignaient, quant à eux, le sentiment de sécurité apporté par l'efficacité de l'équipe soignante ainsi que le gain de temps procuré par ce mode d'hospitalisation. [18] [19]

Les médecins répondant à notre enquête perçoivent cet intérêt grandissant pour l'HAD, 45 % estimant qu'elle répond aux demandes des familles et 41 % aux demandes des patients.

Les généralistes sont bien entendu conscients du fort aspect humain véhiculé par ce mode d'hospitalisation, considérant quasi unanimement que l'HAD est avant tout un service rendu au patient et à sa famille.

Le sondage « Le Généraliste-FNEHAD » réalisé en 2008 vient appuyer ce constat avec 45 % des médecins ayant cité le « confort du malade » comme principal motif de prescription d'une HAD. [13]

Les médecins généralistes, en relation étroite et intime avec leurs patients, devraient, sans nul doute, trouver un avantage psychologique, humain et moral à ce mode d'hospitalisation où la qualité de vie du patient est prépondérante.

1.3.3) Convaincre les généralistes

Bien que les généralistes soient conscients des enjeux financiers, politiques et humains de l'HAD, ils restent encore trop peu impliqués.

L'enquête bretonne de 2007 montre que seulement 61 % des médecins se sont sentis complètement investis dans la prise en charge de leur patient en HAD. [30]

Il semble que ce manque d'implication relève en partie d'a priori plutôt négatifs résultant d'un manque d'information et de formation des généralistes. [21]

► La maîtrise des gestes techniques et des dispositifs médicaux de nursing (type gastrostomie) constituent les obstacles majeurs cités par les généralistes (respectivement 37 % et 36 %).

Les prescriptions médicamenteuses en HAD, notamment les antalgiques, posent également problème à 20 % des médecins répondants.

Ces freins sont essentiellement d'ordre pratique et relèvent de protocoles hospitaliers auxquels les médecins généralistes sont peu habitués.

Parallèlement, un quart des médecins admet méconnaître le fonctionnement exact d'une hospitalisation à domicile ainsi que les critères d'admission et de sortie d'HAD.

C'est dans cette optique que HADLOR a diffusé, lors de la deuxième journée régionale de l'HAD en Lorraine, une plaquette ainsi qu'un DVD explicatif de l'hospitalisation à domicile.

Les obstacles que nous venons d'exposer peuvent être diminués grâce à une formation adaptée et suffisamment pratique.

► La charge de travail est mise en avant par 32 % des médecins généralistes.

Le sondage « le généraliste-FNEHAD » retrouvait des résultats assez proches avec 23 % des médecins avouant leur crainte quant à l'aspect chronophage du suivi des patients hospitalisés à domicile. De surcroît la présidente de la FNEHAD ajoutait que les médecins avaient « tendance à sous-déclarer » cette crainte. [13]

Toutefois, il semble que cet obstacle soit lié à une mauvaise connaissance du fonctionnement même de l'HAD.

En effet le protocole de soins est un guide qui permet de cibler les actes à effectuer dans le cadre du suivi du patient et non du diagnostic d'une pathologie.

En outre, la structure apporte un soutien logistique non négligeable : recours simple au coordonnateur, gestion du dossier patient, suivi du patient 24h/24 ...

Plus de 71 % des généralistes bretons considèrent d'ailleurs que l'HAD leur a apporté une aide, notamment en terme de coordination des intervenants et de permanence des soins. [30]

De plus, selon nos résultats, les généralistes reconnaissent en majorité que l'HAD permet d'améliorer la qualité de la prise en charge de leur patient et modifie leur approche des prises en charge complexes (respectivement 60 % et 57 %).

Il est donc particulièrement intéressant d'informer et de former les médecins généralistes à l'hospitalisation à domicile, afin de faire céder les barrières techniques ainsi que les a priori négatifs entravant leur bonne utilisation de cet outil.

► Force est de constater que les médecins généralistes ne sont pas les principaux prescripteurs d'HAD. A titre indicatif, moins de 20 % des hospitalisations à domicile sont prescrites par des généralistes en Bretagne en 2007. [30]

Il convient tout de même de nuancer ce constat car le pool de patients éligibles à l'HAD au sein d'une patientèle n'est pas extensible. Les prescriptions émanant des généralistes sont donc en partie limitées.

En ce qui concerne l'HADAM, les médecins généralistes sont à l'origine d'une centaine de demandes de prise en charge en HAD. Ce chiffre reste stable depuis 2005. Toutefois, en 7 ans, la structure bénéficie d'une meilleure connaissance. 13 % supplémentaires de médecins, soit 99 % en 2009, affirment savoir qu'un établissement d'hospitalisation à domicile existe sur le secteur dont ils dépendent.

Il existe donc indiscutablement des réticences à l'utilisation de l'HAD, indépendantes de la connaissance de son existence.

1.3.4) Maîtriser l'environnement socio-familial du patient

Certains obstacles à l'HAD sont directement liés au patient et à son environnement socio-familial.

► La présence d'aidants naturels est indispensable au bon fonctionnement d'une hospitalisation à domicile. Ils accompagnent quotidiennement leurs proches et un certain nombre de tâches domestiques, d'actions d'aide à la personne (toilette, changes...) voire même de soins, leur incombent.

L'isolement socio-familial représente donc une difficulté majeure dans la prise en charge en HAD comme le souligne plus d'un tiers des médecins généralistes de notre étude.

Selon une enquête de la fondation Novartis, 50 % des aidants occupent un emploi. Ils ont souvent beaucoup de mal à concilier exercice professionnel et accompagnement d'un proche.

Pour tenter de pallier cette difficulté, un congé de solidarité familiale existe depuis 2008 et la loi du 2 mars 2010 a élargi le cercle des aidants pouvant bénéficier de ce congé.

Il permet à tout salarié de s'absenter pour assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital et lui garantit de conserver son poste. Il n'est pas indemnisé et sa durée maximale est de 3 mois renouvelable une fois.

Actuellement, peu d'aidants familiaux prennent ce congé en raison de sa non rémunération. Le temps d'accompagnement est donc fréquemment imputé sur leur vie personnelle.

Dans ce contexte, la loi de mars 2010 crée l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie qui accorde une rémunération pendant 21 jours à la personne accompagnante. Le décret fixant le montant de l'indemnité est à venir. [35]

A titre indicatif, une étude de la cour des comptes a estimé la valeur de l'apport des aidants à 6 % du PIB (Produit Intérieur Brut) s'ils étaient payés au SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance). L'activité de « soin à ses proches », désignée par le terme anglo-saxon « care », serait ainsi la plus grande entreprise française. [36]

Notons par ailleurs qu'une large majorité des aidants sont des femmes, ce qui mène la sociologue C. Bon, spécialiste de la dépendance, à dire que « la France tient debout grâce aux filles et aux belles-filles de 45 à 70 ans ».

► Le domicile du patient doit également permettre la mise en place de l'infrastructure nécessaire aux soins (type lit médicalisé et matelas à air dans les soins d'escarres).

Des aménagements sont fréquemment nécessaires.

Ainsi l'environnement matériel du patient peut constituer un problème à la prise en charge en HAD comme le remarquent un quart des médecins répondant à notre enquête.

De plus, il n'est pas rare que les patients pris en charge en HAD nécessitent la mise en place d'aides annexes, type auxiliaire de vie, afin de soulager leurs proches.

Les obstacles à l'HAD décrits précédemment étaient déjà rapportés il y a 7 ans par les généralistes mosellans. [29]

Leur diminution dépend en grande partie d'aides sociales émanant de financeurs publics : conseil général, caisses d'allocations familiales, caisses de retraite.

Toutefois, ces investissements territoriaux favorisant le bon développement de l'HAD se confondent à ceux nécessaires à la prise en charge de la dépendance.

Dans ce contexte il est impératif d'adapter les politiques d'aménagement du territoire ainsi que de développer l'HAD afin de garantir au mieux le maintien à domicile des personnes âgées et/ou dépendantes dans les années à venir.

Rappelons que le vieillissement de la population ainsi que la croissance attendue de la dépendance font du maintien à domicile et de la prise en charge des personnes âgées un thème incontournable des politiques sociales en 2010. Des études sont d'ailleurs en cours actuellement et les résultats devraient être rendus publics en fin d'année.

La mutualisation des dépenses entre le secteur des soins, ou « cure » en anglais, et le domaine sanitaire et social, englobant l'aide à la personne ou « care », apparaît comme une solution de choix et permettra ainsi à l'HAD de rester une réelle démarche d'économie de la Santé.

1.4) Intérêt des actions de formation et d'information

Depuis sa création en 2003, HADLOR organise des séances de formation spécifiques à l'HAD s'adressant aux médecins généralistes ainsi qu'au personnel soignant. Les thèmes sont variés, allant de la prise en charge de certaines pathologies à la maîtrise de gestes techniques, en passant par le fonctionnement d'une hospitalisation à domicile (Cf ANNEXE 3).

HADLOR s'attache également à promouvoir l'HAD au sein de la région lorraine. Pour ce faire, cette association diffuse mensuellement des « news-letters » via internet apportant une information complète sur l'HAD, la Santé et le domaine Sanitaire et Social en Lorraine. Ces informations sont mises à disposition de l'ensemble des personnes désirant les recevoir (patients, médecins, personnels paramédicaux...) après enregistrement de leur adresse e-mail dans la base de données d'HADLOR.

1.4.1) Une demande forte

62 % des médecins généralistes ayant répondu à notre enquête ressentent le besoin d'une formation complémentaire sur l'hospitalisation à domicile.

Ce chiffre, stable par rapport à l'enquête menée il y a 7 ans [29], corrobore l'hypothèse selon laquelle la faible implication des généralistes en HAD est en grande partie liée à un manque de formation. [21]

De plus, la demande de formation persistante chez les médecins formés incite à adapter l'offre de formation, notamment en se référant aux vœux de ces derniers.

Les généralistes souhaitent majoritairement que leur apprentissage soit intégré à la formation médicale continue ce qui paraît logique étant donné que 65 % des répondants y participent déjà.

Dans ce contexte, il devient judicieux de former également les généralistes en devenant afin qu'ils acquièrent les connaissances nécessaires sur l'HAD avant de débiter leur exercice professionnel. Ainsi, comprenant le fonctionnement et la vocation de ce mode d'hospitalisation, ils l'intégreront au mieux dans leurs pratiques professionnelles et y auront recours plus facilement que leurs aînés.

85 % des médecins affirment d'ailleurs qu'un stage en HAD durant l'internat se révélerait utile dans le cadre de la formation d'un futur généraliste.

Il paraît toutefois difficile en pratique que l'ensemble des internes en médecine générale puissent effectuer un stage au sein d'une structure HAD au cours de leur cursus. En revanche, notons qu'ils effectuent tous un stage chez un omnipraticien en ambulatoire. Ainsi, si les maîtres de stage sont formés et ont recours à l'HAD dans leur pratique quotidienne, les internes pourront bénéficier de leur enseignement.

La Faculté de Médecine de Nancy fait figure de précurseur dans ce domaine avec la mise en place d'un stage en HAD depuis 2003 alors que le législateur n'a ouvert officiellement cette possibilité aux établissements d'HAD que depuis la parution de la loi HPST en juillet 2009. [37]

Soulignons également l'existence à Nancy d'un diplôme inter universitaire de formation des professionnels en HAD accessible aux médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, acteurs du milieu sanitaire et social ainsi qu'aux internes en troisième cycle des études médicales.

1.4.2) Une efficacité visible

▶ Meilleure connaissance de la structure :

99 % des médecins généralistes affirment qu'un dispositif HAD existe sur leur secteur d'activité. A titre comparatif, les généralistes n'étaient que 83 % à savoir que l'HADAM fonctionnait en 2003 [29], alors que sa création remonte à 1999.

Cela témoigne d'une bonne diffusion de l'information quant à l'existence de la structure HADAM ainsi que de l'activité croissante de cette dernière.

L'analyse des rapports d'activité de l'HADAM montre que 8 généralistes répondants sur 10 ont déjà participé à la prise en charge d'un patient en HAD.

▶ Régression des obstacles à son utilisation :

Cette diminution est visible tant dans le temps qu'après comparaison des populations de médecins formés et non formés.

On constate en 7 ans une nette amélioration de la compréhension du fonctionnement de la structure. Notre étude montre que la méconnaissance des critères d'admission, de sortie et du fonctionnement d'une structure HAD ont reculé de moitié.

Un rapport identique est visible entre généralistes formés et non formés.

La perception de la lourdeur de la charge de travail évolue également. Elle marque une baisse de 10 % depuis 2003.

Notre étude met en évidence un différentiel existant entre médecins formés et non formés concernant la charge de travail (respectivement 21 % et 37 %) et le sentiment de responsabilité (10 % versus 20 %) lors d'une HAD.

On peut supposer que la meilleure connaissance du fonctionnement de la structure par les médecins formés leur permet d'instaurer un partage des tâches. Un réel travail en équipe est dès lors mis en place, les responsabilités étant ainsi partagées et la charge de travail allégée.

► Impact sur les prescriptions.

Dans un contexte où amener les médecins généralistes à prescrire plus d'hospitalisation à domicile constitue un enjeu du développement de l'HAD [30], notre enquête met en évidence des résultats très intéressants.

Près de 2/3 des médecins répondants ayant suivi une formation affirment que cette dernière les a convaincus de prescrire eux-même des prises en charge en HAD soit une augmentation de près de 10 % par rapport aux médecins déclarant avoir prescrit une HAD avant d'être formés.

Mais surtout, il apparaît de façon significative ($p < 0,05$) que le nombre de prescriptions d'HAD est plus important chez les généralistes formés que chez leurs confrères n'assistant pas aux formations.

Ce résultat est d'autant plus marquant que les deux populations étudiées ont des profils comparables.

Cet impact sur les prescriptions est lié à l'ensemble des formations relatives à l'HAD dispensées en Moselle, les analyses statistiques effectuées montrant que les médecins qui prennent part aux formations organisées par HADLOR participent également de façon significative à d'autres formations.

Les actions de formations à l'HAD sont donc particulièrement utiles et entraînent un retentissement clair en terme de prescription émanant des médecins généralistes.

1.4.3) Un effort à poursuivre

Dans le contexte que nous venons de décrire, il est impératif de continuer à mener des actions de formations spécifiques à l'hospitalisation à domicile.

Consciente de leur importance et désireuse de les voir se poursuivre, l'association pour le développement de l'HAD en Lorraine (HADLOR) a demandé et obtenu un agrément en tant qu'organisme de formation professionnelle depuis décembre 2009.

L'enjeu pour les années à venir va consister à élargir le cercle des médecins formés, d'autant que plus de la moitié des médecins répondants ne participent à aucune formation.

Le manque de temps est la raison principale avancée par les médecins répondants pour justifier leur absence aux formations.

Pour autant, il existe probablement des marges de manoeuvre qui permettraient de concilier les contraintes temporelles des médecins généralistes à la nécessité de suivre une formation à l'HAD.

Nous avons ainsi déjà avancé l'idée d'intégrer cette formation à la FMC obligatoire.

Par ailleurs, internet paraît être un vecteur de diffusion de l'information et des formations intéressantes (s'il n'est pas utilisé abusivement) dans la mesure où 90 % des médecins répondants disposent de cet outil au cabinet.

2) Perspectives d'avenir

2.1) Une volonté politique affirmée

La loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » de juillet 2009 offre enfin la reconnaissance attendue à l'hospitalisation à domicile et lui confère ainsi une légitimité au sein du paysage sanitaire français.

L'identification de l'HAD en tant que mode d'hospitalisation à part entière et non plus comme simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle devrait permettre d'abolir la confusion encore trop fréquente entre HAD et soins à domicile.

La clarification de son rôle au sein du système de santé devrait également permettre une adhésion forte du corps médical, tant hospitalier que libéral, à ce mode d'hospitalisation.

Déjà connue et appréciée des usagers, l'hospitalisation à domicile devrait ainsi pouvoir connaître un nouvel essor.

Par ailleurs, la loi HPST apaise les craintes d'un manque de coordination entre l'HAD, intégrée aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire hospitaliers (SROS), et le secteur ambulatoire.

Ainsi, les SROS ont l'obligation, sous la surveillance de l'Agence Régionale de Santé, d'assurer la coordination entre les établissements d'HAD et les dispositifs de santé en secteur libéral, qui coexistent sur le même territoire.

La formation des jeunes générations de médecins est à présent permise officiellement avec l'autorisation faite aux établissements d'HAD d'accueillir des internes. Nous avons détaillé précédemment les retombées bénéfiques d'une formation notamment en terme de prescription d'hospitalisation à domicile.

Soulignons la nécessité persistante de créer un réel statut de médecin coordonnateur. Ces derniers partagent encore trop souvent leur temps de coordination au sein d'une structure d'hospitalisation à domicile avec un autre exercice professionnel. Mais ce poste nécessite fréquemment un investissement à temps plein ainsi qu'une formation adaptée.

2.2) Assurer le maillage du territoire

Bien que l'implantation départementale de l'HAD avoisine les 100 % en 2010 avec seulement trois départements dépourvus de structures, la couverture géographique effective est loin d'être complète.

De nombreuses zones trop éloignées des structures HAD existantes n'ont pas accès à ce mode d'hospitalisation.

Une solution apportée en Moselle pour pallier ce déficit consiste en la création de satellites ruraux. Ce sont des structures d'une taille plus modeste que la structure mère qui bénéficient de toute l'organisation de cette dernière et qui parfois partagent le même médecin coordonnateur.

Dans ce contexte, les maisons de santé pluridisciplinaires peuvent constituer d'excellents satellites ruraux. L'ensemble du personnel y exerçant serait en charge du suivi régulier des patients et les activités de coordination pourraient être partagées avec la structure mère, voire même déléguées à un médecin du satellite. Les maisons de santé seraient ainsi de réelles « bases avancées » des structures d'hospitalisation à domicile dont elles dépendent.

La mise en commun de l'infrastructure et le partage du temps de coordination entre plusieurs établissements d'HAD, sont une ébauche à la mutualisation de la permanence des soins.

Cette dernière solution pourrait permettre un maillage territorial serré sans supplément de charge de travail pour les différents intervenants.

Il faut signaler qu'une telle organisation ne se conçoit que si les acteurs de soins sont correctement formés à l'exercice en hospitalisation à domicile et que chacun tient le rôle qui lui a été attribué.

2.3) Développer les liens entre Santé et Sanitaire et Social

L'hospitalisation à domicile constitue par nature une interface entre la ville et l'hôpital. Mais elle se situe également au carrefour entre les domaines de la Santé et le secteur Sanitaire et Social.

Favoriser le développement de l'HAD nécessite et entraîne de fait des progrès dans des secteurs qui lui sont étroitement liés.

Une croissance harmonieuse de ce mode d'hospitalisation implique nécessairement que l'ensemble des aides et infrastructures indispensables à son bon fonctionnement soient bien implantées et coordonnées sur le terrain.

Sont notamment concernés les domaines de l'aide à domicile, du portage des repas ainsi que de l'aménagement matériel du domicile.

Concourir à développer l'HAD participe donc à améliorer le maintien à domicile simple qui dépend du secteur Sanitaire et Social.

Les Régions, ainsi que les Communes, apparaissent dès lors comme des partenaires incontournables de l'hospitalisation à domicile.

Dans ce contexte, il convient de fédérer l'ensemble des acteurs de santé, des élus et des responsables institutionnels dans le but d'atteindre une implantation forte et stable de l'HAD en France.

CONCLUSION

Que de chemin parcouru depuis la création de la première structure d'hospitalisation à domicile à Paris en 1957 ! Mais c'est surtout à partir des années 2000 que le dispositif a connu sa plus grande accélération jusqu'à la loi HPST de 2009 qui va lui donner ses lettres de noblesse. Devenu un mode d'hospitalisation à part entière, l'HAD est à présent connue et reconnue par le monde médical et les patients qui apprécient l'association « qualité des soins » et « qualité de vie ».

Il reste bien sûr des progrès à accomplir.

Si la plupart des départements sont équipés de structures HAD, celles-ci restent inégalement réparties sur le territoire. Un accès aux soins pour tous, notamment dans les zones rurales, nécessite encore un effort de mise en commun de la permanence des soins entre les différentes structures.

De même, si l'HAD s'inscrit dans une double interface ville/hôpital et Santé/Sanitaire et Social et que, par essence, elle renforce les liens entre milieu libéral et milieu hospitalier en rapprochant les différents acteurs de soins, il convient d'insister sur la nécessité d'un décloisonnement des domaines de la santé et du sanitaire et social. Il est en effet primordial d'obtenir une meilleure coordination des différents intervenants sur le terrain car le développement de l'HAD passe inéluctablement par un développement du maintien à domicile simple.

Ainsi, la mutualisation des dépenses entre les secteurs de soins et les territoires socio-sanitaires, respectivement nommés « cure » et « care » en anglais, permettra à l'hospitalisation à domicile de rester une démarche d'économie de la santé.

Enfin, il faut faire tomber les derniers obstacles et réduire les derniers freins des médecins généralistes encore timides dans la prescription d'HAD. Notre étude montre que c'est possible grâce à l'information et la formation. Les chiffres de notre enquête le prouvent sans conteste : les généralistes formés et informés reconnaissent mieux appréhender, mieux prescrire et mieux utiliser l'HAD. Cette évolution n'est pas le fruit du hasard, ni d'un phénomène de mode, elle relève clairement des efforts déployés pour faire connaître l'HAD, ses réalités techniques et structurelles mais aussi ses aspects humains et sociaux.

Il faut d'ailleurs souligner qu'en véritable précurseur, la Faculté de Médecine de Nancy a fait preuve de clairvoyance en créant des postes d'internes au sein des structures HAD dès 2003 ainsi qu'un diplôme interuniversitaire intitulé « formation des professionnels en HAD ».

Avec la progression de la dépendance attendue à l'horizon 2020, l'HAD est une priorité stratégique majeure dans la réorganisation du système de soins. Ce mode de prise en charge est même à la pointe du progrès car, avec le développement des technologies informatiques, il constitue un champ d'action incontournable et prioritaire pour le développement de l'e-santé.

Plus que jamais, alors qu'augmente l'espérance de vie, le développement de l'HAD constitue l'espoir d'une prise en charge accessible à tous, alliant technicité et humanité.

Références Bibliographiques

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 1970
2. Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L 712-10 du code de la santé publique. (J.O. 8 octobre 1992)
3. Circulaire N°DHOS/03/2006/506 du premier décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. 2006
4. Circulaire N°DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. 2007
5. Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. 2008
6. Hubert E. Discours, Journées nationales de la FNEHAD. 2009, données téléchargées le 15/01/10 sur :
<http://www.fnehad.fr>
7. Hubert E. L'hospitalisation à domicile, l'hôpital du futur. La revue de l'infirmière. 2008 ; 140 : 16-17.
8. Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. 2000
9. Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Questions d'économie de la santé. 2009 ; 140 : 1-8.
10. FNEHAD. Rapport d'activité de la FNEHAD 2009-2010. 2010 ; 5-35.
données téléchargeables sur :
http://www.fnehad.fr/dl/2010/07/ra-court-fnehad_20092010_vd.pdf

11. Marilier S, Micheli E, Martin-Pfitzenmeyer I, Da Silva S, *et al.* Place de l'hospitalisation à domicile dans la filière de soins gériatriques : étude rétrospective de 48 patients âgés pris en charge en hospitalisation à domicile. La Revue de Gériatrie. 2009 ; 34, N°2 : 87-93.
12. ATIH, données disponibles sur :
<http://stats.atih.sante.fr/mco/presentmco.php>
13. Petty F. Ce que les généralistes attendent de l'HAD! Le Généraliste. 2008 ; 2469 : 14-16.
14. Marguiron A. Le parcours du patient en HAD. La revue de l'infirmière. 2008 ; 140 : 18-19.
15. Milord C, Delage S. Les spécificités des soins en HAD. La revue de l'infirmière. 2008 ; 140 : 22-23.
16. Chevreul K. Les patients en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). 2009, données téléchargeables sur :
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>
17. Piganeau K. L'enjeu pressant du maintien à domicile. Le Quotidien du Médecin. 2009 ; juin : 1-2.
18. Sentilhes-Monkam A. L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches. Santé publique. 2006 ; 3 : 443-457.
19. Raffy-Pihan N. L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. colloque SYSTED 1997.
20. Miller M. Les obstacles de l'hospitalisation à domicile - enquête d'opinion auprès des médecins de l'hôpital Bonsecours du CHR Metz-Thionville. Th D Méd, Nancy 1. 2007.

21. Holue C. HAD La reconnaissance, et maintenant ? Panorama du médecin. 2010 ; n°5172 : 16-19.
22. Bachelot R. discours de Cloture de la 13ème journée nationale de l'hospitalisation à domicile. 2009. Données téléchargeables sur :
<http://www.fnehad.fr/dl/2009/12/discours-bachelot-13e-jn-had.pdf>
23. Chardon D. Nouveau boom de l'HAD, la loi HPST devrait conforter le secteur. Le Quotidien du Médecin. 2008 ; n°8479
24. Collen V. Hospitalisation à domicile : le boom se confirme. 2009.
données disponibles sur :
<http://www.lesechos.fr>
25. France Eco-Santé. données téléchargeables sur :
<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=>
26. Chaleix M, Valdelièvre H, Afrite A, Com-Ruelle L. Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006. études et résultats. 2009 ; n°697 : 1-6.
27. ATIH, données disponibles sur :
<http://stats.atih.sante.fr/had/mahos/nat/2009/tab1b.html>
28. URML Ile-de-france, données disponibles sur :
<http://www.urml-idf.org/Public/SectionGeneraliste.asp>
29. Hammouche B. Médecins généralistes et hospitalisation à domicile. Th D Méd, Nancy 1. 2003
30. URML Bretagne, données téléchargeables sur :
http://www.urml-bretagne.fr/uploads/media/Rapport_enquete_HAD_n__2.pdf
31. Lebreton-Lerouillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en région Lorraine, situation au 1er janvier 2009. données téléchargeables sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/les-atlas-regionaux-966>

32. Code de déontologie médicale. Ordre National des médecins.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>
33. Druais P-L, Gay B, Le Goaziou M-F. Médecine générale - Abrégé. Masson ; 2009 : 391-394.
34. INSEE. Population française par classes d'âge, données téléchargeables sur :
http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=estim-pop®_id=99
35. Loi n° 2010-209 du 2 mars 2010 visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (1). (J.O. 3 mars 2010)
36. Fonlupt D. La double journée des aidants familiaux. La Vie. 2010 ; n°3371.
http://www.lavie.fr/hebdo/2010/3371/la-double-journee-des-aidants-familiaux-06-04-2010-5144_117.php
37. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (J.O. 22 juillet 2009)

Annexes

ANNEXE 1

100 %	Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie
90 %	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80 %	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs
70 %	Capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler
60 %	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels
50 %	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40 %	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
30 %	Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente
20 %	Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10 %	Moribond, processus fatal progressant rapidement

Indice de karnofsky

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE SUR L'HOSPITALISATION à DOMICILE

1) Qui êtes-vous ?

- Nom (facultatif) : _____ Lieu d'exercice : _____
- sexe : F M âge : |_|_| année d'installation : |_|_|_|_|
- type d'exercice professionnel :
rural semi-rural urbain
- condition d'exercice :
seul(e) associé(e)
- cabinet informatisé : oui non internet : oui non
- proportion dans la patientèle
de personnes âgées de 65 ans et plus |_|_|
de malades chroniques |_|_|
- A combien estimez vous le nombre de vos patients en fin de vie :
aucun de 1 à 5 de 5 à 10 de 10 à 15 plus de 15
- A combien estimez vous le nombre de vos patients dépendants :
aucun de 1 à 10 de 10 à 30 de 30 à 50 plus de 50
- Participez vous à un réseau : oui non
soins à domicile maintien à domicile
hospitalisation à domicile soins palliatifs
ville-hôpital (VIH, hépatite C, diabète...) autres (préciser : _____)
- Intervenez-vous dans des institutions :
maison de retraite hôpital autres
- Participez vous actuellement à une action :
de formation associative (FMC, audit...) oui non
de formation pédagogique (enseignant, maître de stage...) oui non
organisationnelle de la profession (syndicale, ordinale...) oui non

2) Connaissez-vous l'HAD ?

- Existe-t-il une structure HAD dans votre secteur géographique ?
oui non ne sait pas
- Pour vous, l'HAD répond à :
un désir personnel un besoin professionnel
une nécessité socio-économique une demande du patient
une demande des familles une demande hospitalière
ne se prononce pas
- Selon vous, l'HAD est-elle un service rendu :
au patient à sa famille
au médecin traitant à l'hôpital
à l'ARS autres (préciser : _____)
- Savez-vous que vous pouvez prescrire une HAD ? oui non
- En 2009, combien de patients avez vous pris en charge en HAD (HAD non prescrite par vos soins) ? |_|_|_|_|
- En 2009, combien d'HAD avez vous prescrit vous-même ? |_|_|_|_|

MERCI de retourner ce questionnaire à :
Mlle SAUVAGE Delphine – 4 rue Auguste Stourm – 57050 METZ

1

- Toutes vos **prescriptions** ont-elles abouti à une HAD effective ? oui non

- Avez-vous déjà refusé une HAD ? oui non

(Si oui pour quelles raisons? _____)

- Quels sont les freins à votre utilisation de l'HAD?

- liés à vos connaissances :

- pathologies lourdes oui non
- maîtrise de gestes techniques pratiqués au lit du malade oui non
- maîtrise des dispositifs médicaux de nursing (stomie, pansement de plaie...) oui non
- maniement des antalgiques (morphine au PSE...) oui non
- aide à l'accompagnement des fins de vie (psychologique, travail de deuil...) oui non
- méconnaissance des critères d'admission oui non
- méconnaissance des critères de sortie oui non
- manque d'informations sur le fonctionnement de la structure HAD oui non
- gestion de l'urgence chez le patient en HAD oui non

- liés aux caractéristiques de l'HAD elle-même :

- charge de travail oui non
- isolement socio familial du patient oui non
- épuisement familial du patient oui non
- environnement matériel du patient oui non
- difficultés relationnelles avec :
 - le patient oui non
 - la famille oui non
 - l'équipe soignante HAD (IDE, aide soignante, ergothérapeute...) oui non
 - le médecin spécialiste hospitalier oui non
 - le médecin coordinateur oui non
 - autres (secrétaires, psychologues, assistantes sociales...) oui non
- non intégration de l'équipe soignante libérale (IDE, kinésithérapeute...) oui non
- partage du secret médical avec l'entourage oui non
- responsabilités oui non
- longueur du délai de prise en charge oui non

- L'HAD a-t-elle remis (ou pourrait-elle remettre) en question votre manière de travailler ?

- prises en charges complexes oui non
- meilleur lien avec les confrères oui non
- qualité de prise en charge oui non
- anticipation et gestion des sorties d'hospitalisation oui non
- développement d'une capacité à mettre en place le maintien à domicile. oui non

MERCI de retourner ce questionnaire à :
Mlle SAUVAGE Delphine - 4 rue Auguste Stourm - 57050 METZ

2

3) HAD Formation et information

- Pensez vous, qu'un stage au sein d'une structure HAD soit utile dans le cadre de la formation d'un futur médecin généraliste ? oui non

- Ressentez-vous le besoin d'une formation ou d'une information complémentaire sur l'HAD ?
oui non

- Si oui sous quelles formes ?

FMC congrès groupe de travail
Presses semaine médicale autres
(préciser _____)

- Dans quels domaines serait-il pertinent de réaliser ces formations ?

- Participez-vous à des formations, orientées HAD ou non, gérées par d'autres organismes qu'HADLOR ?

oui non

- Avez vous téléchargé des diaporamas de formations ayant déjà eu lieu, sur le site d'HADLOR ?

oui non

3.1) Vous avez déjà participé à une séance de formation sur l'HAD organisée par HADLOR

- Par quel biais avez vous été informé de l'existence de ces séances de formation ?

courrier mail congrès
confrère site internet

- Les formations d'ores et déjà organisées sont-elles suffisamment pratiques ?

oui non

- Sont-elles adaptées aux différentes situations rencontrées en HAD ?

oui non

- Avant ces séances de formation, aviez vous déjà prescrit vous même une HAD ?

oui non

- Ces séances de formation vous ont-elles décidé à prescrire des HAD?

oui non

- Acceptez-vous plus facilement de prendre en charge un patient en HAD (sur prescription hospitalière ou autre) depuis que vous avez assisté à ces séances de formation ?

oui non

3.2) Vous n'avez jamais participé à une séance de formation sur l'HAD organisée par HADLOR

- Quelles-en sont les raisons ?

♦ pas informé de leur existence oui non
♦ manque de temps matériel oui non
♦ non concerné par les thèmes abordés oui non
♦ désintérêt oui non
♦ redondance avec d'autres formations oui non

- Si des séances de formation spécifiques à l'HAD existaient, vous y rendriez vous ?

oui non

MERCI de retourner ce questionnaire à :
Mlle SAUVAGE Delphine - 4 rue Auguste Stourm - 57050 METZ

3

ANNEXE 3



Hospitalisation à Domicile en Lorraine
Dr Sophie SIEGRIST, Présidente
Développement et Formation
Villa Marie-Madeleine
50 rue de Tivoli
57070 METZ-Queuleu
www.hadlor.com
Tél. : 03 87 63 31 81

BILAN DES FORMATIONS ORGANISEES PAR HADLOR **2004 - 2009**

2004 : (4 formations)

1. « plaies et cicatrisation »
2. « voies veineuses, port-à-cath., trachéotomies à domicile »
3. « stomies et sondages urinaires »
4. « prise en charge des patients en HAD »

Nombre de Médecins différents venus en formation : 37

Nombre d'infirmiers différents venus en formation : 55

Total : 92

2005 : (7 formations)

1. « la douleur »
2. « pneumologie en médecine de ville »
3. « HAD en pratique quotidienne en région Nancéenne »
4. « voies veineuses, port-à-cath., trachéotomies à domicile »
5. « patient cancéreux à domicile »
6. « prise en charge de la sclérose en plaque »
7. « MST au quotidien »

Nombre de Médecins différents venus en formation : 44 (+33 à Nancy)

Nombre d'infirmiers différents venus en formation : 59 (+26 à Nancy)

Total : 103

162 avec Nancy

2006 : (9 formations)

1. « prise en charge des personnes âgées »
2. « néphrologie en pratique de ville »
3. « prise en charge de la sclérose en plaque n°2 »
4. « patients cancéreux à domicile »
5. « prise en charge sociale des personnes âgées et handicapées »
6. « démence du sujet âgé »
7. « prise en charge des patients atteints de SEP à domicile »
8. « conduite à tenir devant créatinine augmentée et hématurie »
9. « prise en charge de la cardiologie pratique à domicile »

Nombre de Médecins différents venus en formation : 38 (+7 à Thionville)

Nombre d'infirmiers différents venus en formation : 64 (+2 à Thionville)

Total : 210
219 avec Thionville

2007 : (7 formations)

1. « prise en charge de la grossesse en HAD »
2. « prise en charge du patient cancéreux »
3. « prise en charge de la grossesse en HAD n°2 »
4. « développement de la chimiothérapie à domicile »
5. « pneumologie et HAD »
6. « chimiothérapie à domicile 2^{ème} partie »
7. « prise en charge des patients SEP »

Nombre de Médecins différents venus en formation : 59 (+31 à Nancy)

Nombre d'infirmiers différents venus en formation : 40 (+18 à Nancy)

Total : 99
148 avec Nancy

2008 : (11 formations)

1. « chimiothérapie à domicile 3^{ème} partie en hématologie »
2. « néphrologie »
3. « prise en charge de la douleur »
4. « prise en charge des escarres en HAD et ambulatoire »
5. « présentation HAD »

6. « présentation HAD Verdun »
7. « connectivité »
8. « stomies »
9. « diabète de type 2 »
10. « artérite »
11. « soirée amppu/had »

Nombre de Médecins différents venus en formation :	113 (+20 à Nancy) 40 à Verdun
Nombre d'infirmiers différents venus en formation :	23 (+15 à Nancy) + 42 à Verdun
Total :	136 + 82 à Verdun 218 avec Nancy et Verdun

2009 : (6 formations)

1. « prise en charge des escarres »
2. « prise en charge des pathologies cardiaques en HAD » à Nancy
3. « prise en charge de la grossesse en HAD n°2 »
4. « nutrition en fin de vie »
5. « l'obstétrique » à Nancy
6. « journées d'information et d'échanges entre les HAD de Lorraine »

Nombre de Médecins différents venus en formation :	45 (+25 à Nancy)
Nombre d'infirmiers différents venus en formation :	42 (+16 à Nancy)
Total :	87 113 avec Nancy

TOTAL 2004 - 2009

Nombre de formations : 44

Nombre de Médecins différents venus en formation : 343 (+109 à Nancy) ;(+40 à Verdun)

Nombre d'infirmiers différents venus en formation : 285 (+75 à Nancy) ;(+42 à Verdun)

Sur la région lorraine, 492 médecins différents et 402 infirmiers ou sages femmes différents ont été formés soit, plus de 1600 journées individuelles de formations délivrées.

www.hadlor.com
50 rue de Tivoli 57070 METZ
03 87 63 31 81
Mail : contact@hadlor.com

RESUME DE LA THESE

Contexte de l'étude : Vieillesse de la population et augmentation de la dépendance font apparaître l'hospitalisation à domicile comme une priorité stratégique dans l'organisation du système sanitaire français.

La bonne implantation territoriale et le fonctionnement efficace de ce mode de prise en charge dépendent de l'implication des médecins généralistes, véritables pivots de son organisation. Toutefois, leur investissement est encore mitigé.

Objectifs : Mettre en évidence la connaissance de l'HAD par les généralistes, identifier les freins à l'utilisation de cet outil et évaluer l'influence des formations dispensées en comparant le nombre de prescriptions d'HAD entre médecins formés et non formés.

Méthode : Envoi d'un questionnaire à 343 généralistes exerçant au sein du secteur de l'HAD de l'agglomération messine.

Résultats : Le taux de réponse est de 47,2 % (162 répondants). Les généralistes sont bien informés de l'existence d'une structure HAD (99 %). Les obstacles à l'utilisation de l'HAD évoqués sont principalement d'ordre technique et 20 % des médecins méconnaissent le fonctionnement de la structure. 32 % estiment que la charge de travail est un obstacle.

62 % des répondants souhaitent être formés à l'HAD. Cette demande persiste chez 52 % des médecins déjà formés.

Le nombre de patients suivis en HAD est similaire entre les deux groupes étudiés. La prescription d'HAD est significativement plus fréquente chez les généralistes formés.

Conclusion : La connaissance de l'HAD sur le terrain est satisfaisante. Des freins persistent encore dans l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes. Notre étude prouve qu'il est possible de les réduire grâce à une formation adaptée, les généralistes formés reconnaissant mieux appréhender, prescrire et utiliser l'HAD.

TITRE EN ANGLAIS :

Home health care and general practitioners.

THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2010

MOTS CLES

Hospitalisation à domicile ; HAD ; médecins généralistes ; obstacles ; connaissance ; prescription ; formation ; Lorraine ; économie ; interface ; loi HPST.

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY-1

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex