



HAL
open science

Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile : étude descriptive auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Normandie

Etienne Bonnamy

► To cite this version:

Etienne Bonnamy. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile : étude descriptive auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03805960

HAL Id: hal-03805960

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03805960v1>

Submitted on 7 Oct 2022

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

**UNIVERSITE DE LORRAINE –
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY**

Année 2020

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présenté et soutenu publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Etienne BONNAMY

le 22 septembre 2020

**DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORS DE LA
PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN HOSPITALISATION A DOMICILE : ETUDE
DESCRIPTIVE AUPRES D'UN ECHANTILLON DE MEDECINS GENERALISTES DE
NORMANDIE**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur P. DI PATRIZIO

Président

Monsieur le Professeur P. JUDLIN

Juge

Madame le Professeur L. JOLY

Juge

Madame le Professeur S. SIEGRIST

Directrice de Thèse



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENH ARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BR AUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
- Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS -
Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH -
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT -
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-
Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-
Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU -
Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN -
Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine
RASPIILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER -
Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert
THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel
WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -
Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre
VILLEMOT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ -

Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

M AÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS 42^e Section

: MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie, et cytogénétique*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2^e sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4^e sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^e sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

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

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

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

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

Docteure Laetitia GOFFINÉ-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Anthony LOPEZ

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*) Docteure Eva FEIGERLOVA

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

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

M AÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

M AÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY
(1982)

Centre de Médecine

Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie

GALETTI (1982)

Brown University, Providence

(U.S.A) Professeure Mildred T.

STAHLMAN (1982) *Vanderbilt*

University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H.

SCHIEBLER (1989) *Institut*

d'Anatomie de Würzburg

(R.F.A) Professeur Mashaki

KASHIWARA (1996) *Research*

Institute for Mathematical

Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie

(U.S.A) Professeur Ralph

GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki

(FINLANDE)

Professeur Duong Quang

TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville

(VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET

(2001)

Université de Montréal

(Canada)

Professeur Marc LEVENSTON

(2005)

Institute of Technology, Atlanta

(USA)

Professeur Brian BURCHELL
(2007)

Université de Dundee

(Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU

(2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS

(2011)

Université de Washington

(U.S.A)

Professeur Martin EXNER

(2012)

Université de Bonn

(ALLEMAGNE)

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Di Patrizio

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Médecine Générale

Merci pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus grande reconnaissance
pour nous avoir permis de réaliser ce travail.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Gynécologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté
d'être juge de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus profonde et respectueuse
reconnaissance.

Madame le Professeur Laure JOLY

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Gériatrie

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce
travail, et de nous avoir fait l'honneur d'être juge.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus grand respect.

A NOTRE DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Sophie SIEGRIST

Professeur de Médecine Générale

Nous vous remercions infiniment d'avoir permis à ce travail de voir le jour. Merci de votre confiance et de vos précieux conseils.

Veillez trouver ici et à travers ce travail, l'expression de notre plus sincère reconnaissance et notre plus grand respect.

A mes parents, pour votre amour et pour m'avoir toujours soutenu, que cela soit sur le plan professionnel ou personnel. Je n'en serais pas arrivé là sans vous.

A ma sœur, Sarah, je suis tellement fier d'être ton grand frère. Je te souhaite plein de réussite dans ton nouveau départ à Nantes avec Vincent.

A mes cousines, Marine et Pauline, et leurs filles Louise, Olivia et Cléo qui remplissent de joie la famille. A Maryvonne et Jacques ainsi qu'à Nicole, Raphaël et Geoffrey.

Aux Sauçards, « la meilleure promo de la décennie », Fouet, Renild, Césaire, Choleton, Guizmo, Jaja, Jéré, Loulou, Moenne, Pitrey, Sergio, Vanvan, Voglimacchi-stephanopoli.

A Choko et Giguet, mes frères, si si, pep pep Wo bist Du...,

A la dymph, mon kiné, tu n'as plus qu'à profiter maintenant.

A mes anciens colocs, Laloise, en espérant que tu reviendras vite de ton petit coin de paradis, attention à ne pas te faire arrêter par la brigade ; Riton, Picpic, Goetz, Axelle et Vivi.

A Fifton, Thuyt, Clemton, Léa, Amélie, Amandine, Nana et Margaux, Nico, Marine, Carpet, Toub.

A mes Nancéens, sans qui ces années d'internat n'auraient pas eu la même saveur : Flore, JC, Steven, Najat, Jeanne, Yann, Carole, François, Camille.

Enfin à Cassie, mon amour, merci pour ce que tu me donnes au quotidien, ta bonne humeur, ton humour, ta complicité, ta joie de vivre, ton amour. Merci de me rendre si heureux chaque jour.

SERMENT

« **A**u 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

PARTIE 1 : HOSPITALISATION A DOMICILE.....	3
I. INTRODUCTION.....	3
II. HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE.....	4
III. CADRE LEGAL – ORGANISATION HAD.....	7
1. <i>Indication d'admission en HAD</i>	7
2. <i>Critères d'admissions en HAD</i>	8
3. <i>Financement</i>	9
4. <i>L'équipe de soins</i>	9
5. <i>La permanence des soins</i>	11
IV. ACTIVITES DE L'HAD EN FRANCE.....	11
V. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	12
PARTIE 2 : ETUDE.....	13
I. MATERIEL ET METHODES.....	13
1) <i>Type d'étude</i>	13
2) <i>Population étudiée</i>	13
3) <i>Objectif principal</i>	13
4) <i>Questionnaire</i>	13
5) <i>Recueil de données</i>	14
II. RESULTATS.....	14
1) <i>Caractéristiques démographiques de la population</i>	14
a. <i>Le sexe</i>	14
b. <i>L'âge</i>	14

c.	Lieu d'exercice	14
d.	Type d'exercice	15
e.	Durée d'installation.....	15
2)	<i>Expérience avec l'hospitalisation à domicile</i>	16
a.	Nombres d'HAD par an	16
b.	Prescripteur HAD	16
c.	Conflit lors de la mise en place d'une HAD	16
d.	Visite au domicile des patients en HAD	17
e.	Astreinte en HAD	18
f.	Fréquence des visites	18
g.	Arrêt ou limitation de soins	18
3)	<i>Difficultés de prise en charge rencontrées</i>	19
4)	<i>Cadre réglementaire</i>	22
III -	DISCUSSION.....	24
1)	<i>Représentativité de l'échantillon</i>	24
2)	<i>Expérience du médecin généraliste avec l'hospitalisation à domicile</i>	24
3)	<i>Difficultés rencontrées lors d'une hospitalisation à domicile</i>	27
4)	<i>Amélioration envisagées par les médecins généralistes</i>	32
5)	<i>Limites de l'étude</i>	36
6)	<i>Pistes pour l'avenir</i>	36
VI.	CONCLUSION	40
	BIBLIOGRAPHIE:	41
	ANNEXES	44

Partie 1 : Hospitalisation à domicile

I. Introduction

En 2017, 69% des français pensent que le domicile va occuper une place de plus en plus importante dans leur système de santé, 75% se déclarent prêt à envisager une Hospitalisation à domicile (HAD) pour eux ou un de leurs proches. (1)

Toujours en 2017, l'ensemble des établissements français comptaient 400 000 lits d'hospitalisation à temps complets, soit 69 000 lits de moins qu'en 2003 (2). Cela concorde avec une politique de « virage ambulatoire » opérée par le ministère de la Santé depuis 2005, avec une augmentation de 26 000 lits en hospitalisation partielle sur la même période. Ce virage ambulatoire a permis de développer l'hospitalisation à domicile comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle , même si elle représente encore une part encore très modérée de l'offre de soins. Celle-ci poursuit son développement avec une augmentation de capacité de prise en charge, en 2018, de +3,4% sur an (18 100 lits). Elle représentait la même année 5.5% des hospitalisations complètes contre 2.6% en 2006. (3)

En 2018, l'hospitalisation en HAD à partir du domicile a permis d'éviter dans 3 séjours sur 5 une hospitalisation conventionnelle. (4)

Nous voyons bien qu'avec le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques dans un contexte de restructuration de l'offre de soins avec une diminution des lits d'hospitalisation conventionnelle ; l'hospitalisation à domicile est une alternative indispensable qui devrait considérablement se développer sur les années à venir. Cette évolution ne pourra pas se faire sans prendre en compte les demandes et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, acteur majeur de l'offre de soins en HAD.

- 2005 : Politique de virage ambulatoire orchestrée par le ministère de la Santé
- 2017 : 75% des français se déclarent prêt à envisager une hospitalisation à domicile pour eux ou un de leurs proches.
- 2018 : 3 HAD prescrites sur 5 permettent d'éviter une hospitalisation conventionnelle.

II. Historique de l'hospitalisation à domicile

La première expérience d'hospitalisation à domicile (HAD) en France remonte à 1951 à l'hôpital Tenon par le Docteur Siguier, qui doit faire face à un excès de patient dans son service de médecine générale. Il s'inspire de la première forme d'hospitalisation à domicile créée en 1945 par le Professeur Bluestone, à New-York. Ce dernier est confronté à une surpopulation de patients et prend la décision de poursuivre la prise en charge à domicile de certains, dont l'état de santé ne nécessite pas de traitement lourd ou une surveillance continue. Cette première forme d'hospitalisation est appelée « Home Care ».

Il faut attendre 1957 pour que le premier service d'HAD voie le jour avec l'HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui répond à un besoin de « désengorger » les services hospitaliers. On parle déjà de replacer le patient dans son cadre familial tout en assurant une qualité de soin équivalent à une prise en charge hospitalière.

En 1960, la première convention concernant l'HAD est signée entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et les deux premières HAD (APHP et Puteaux).

Mais ce n'est qu'avec la loi Hospitalière du 31 décembre 1970 que l'HAD est reconnue officiellement. Elle définit 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* ». (5)

En 1973, la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile est créée. Elle représente les dix structures alors existantes sur le territoire.

La circulaire de 1974 de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) propose un cadre médical et administratif à l'HAD. Elle énumère les contre-indications à l'HAD et les conditions médicales obligatoires pour pouvoir en bénéficier.

Malgré tout, l'Hospitalisation à Domicile, peine à se développer au début des années 1980. Notamment à cause du décret d'août 1983 qui introduit le financement des HAD sur la dotation globale hospitalière et instaure un « taux de change » : toute création de lit en HAD entraîne la fermeture d'un lit d'hospitalisation conventionnelle. Il existe également d'autres facteurs à la difficulté de développement de l'HAD sur le territoire français (réticence et méfiance des médecins hospitaliers, image d'une hospitalisation au rabais, prudence des pouvoirs publics qui la considèrent encore comme expérimentale).

En 1986, la nouvelle circulaire du Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale élargie le champ d'intervention de l'HAD en incluant les patients qui ne sont pas initialement hospitalisés. L'hospitalisation conventionnelle préalable à la prise en charge en HAD n'est plus obligatoire. Tous les malades peuvent y être admis en dehors des malades atteints de troubles psychiatriques. (6)

Suite à la loi de 1991, l'HAD est officiellement reconnue comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Cette loi permet d'intégrer plusieurs principes importants de l'HAD : la création d'un médecin coordonnateur, d'un cadre infirmier, d'une permanence de soins avec continuité de prise en charge. *« Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. »*(7) (8)

Cette loi permet également d'intégrer les HAD dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

En 2000, la circulaire du ministère de l'emploi et de la solidarité améliore la définition du rôle de l'HAD par rapport aux autres services de soins. La répartition des différents rôles médicaux et paramédicaux est notamment bien définie, avec obligation d'une visite médicale au moins hebdomadaire par le médecin traitant. Plusieurs catégories de séjour sont créées en fonction du type de soins et du degré de dépendance (basé sur l'indice de Karnofsky). (9)

La suppression de la carte sanitaire et du « taux de change » par l'ordonnance du 4 septembre 2003 permet d'améliorer le développement des HAD et de les intégrer dans les politiques de santé régionales, et de créer des antennes promues à partir des hôpitaux de proximité, afin d'éviter des disparités territoriales. Les HAD deviennent des structures à part entière.

Depuis différentes circulaires ont permis d'améliorer et de mieux définir la prise en charge des patients en HAD, notamment en périnatalité, en psychiatrie et en EHPAD. (10) (11) (12)

Finalement, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 donne aux HAD un statut, équivalent aux hôpitaux, d'établissement de santé.

- Une expérience qui débute dans les années 1950 pour « désengorger l'hôpital », mais dont la prescription par la médecine de ville ne sera permise qu'en 1986.
- Une reconnaissance officielle par la loi hospitalière du 31 décembre 1970, mais avec un taux de change d'installation de lit qui bloque son développement jusqu'en 2003.
- La loi HPST, en 2009, donne enfin aux HAD un statut équivalent aux autres établissements de santé.

III. Cadre légal – Organisation HAD

1. Indication d'admission en HAD

L'hospitalisation à domicile permet d'organiser des soins trop complexes ou trop techniques pour être assurés en ville, elle permet une continuité des soins, organisée par une équipe de coordination. Tout patient nécessitant des soins pour une pathologie aiguë, grave ou chronique qui aurait été hospitalisé en l'absence d'une telle structure, peut bénéficier d'une HAD.

Les soins peuvent être ponctuels (traitement par voie intraveineuse d'un anti-infectieux, prise en charge de la douleur, pansements complexes, soins post-opératoire d'une chirurgie, transfusion sanguine, etc.), chroniques (soins palliatifs, soins de nursing, etc.) ou peuvent concerner des soins de réadaptation au domicile après une pathologie lourde. (10)

Depuis 2007, il est possible d'organiser une HAD en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Il existe un certain nombre de prise en charge que l'on combine afin de répondre aux nécessités de soins engendrées par la pathologie du patient. (Tableau 1) (13)

Modes de prise en charge (MP) en HAD en 2017	
Numéro	Libellé du mode de prise en charge
01	Assistance respiratoire
02	Nutrition parentérale
03	Traitements intraveineux
04	Soins palliatifs
05	Chimiothérapie anticancéreuse
06	Nutrition entérale
07	Prise en charge de la douleur
08	Autres traitements
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10	Post-traitement chirurgical
11	Rééducation orthopédique
12	Rééducation neurologique
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
14	Soins de nursing lourds
15	Education du patient et/ou de son entourage
17	Surveillance de radiothérapie
18	Transfusion sanguine
19	Surveillance de grossesse à risque
21	Post-partum pathologique
22	Prise en charge du nouveau-né à risque
24	Surveillance d'aplasie
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale
29	Sortie précoce de chirurgie

Tableau 1 : Modes de prise en charge en HAD

Afin de faciliter la prescription, l'HAD a développé un outil d'aide pour les différents prescripteurs. Il permet d'établir si le patient peut être pris en charge au sein d'une HAD grâce aux différents modes de prise en charge. Cet outil se trouve sur internet à l'adresse <https://adophad.has-sante.fr/>.

2. Critères d'admissions en HAD

L'admission en HAD se fait obligatoirement sur prescription ; soit par le médecin traitant, soit par un médecin hospitalier suite à une hospitalisation.

Avant toute admission en HAD, il faut d'abord obtenir l'accord du médecin traitant qui sera le responsable de la prise en charge du patient et qui acceptera le plan de soins proposé et élaboré avec sa collaboration. Il faudra, bien évidemment, obtenir l'accord du patient lui-même et des personnes « ressources », c'est-à-dire les aidants au domicile du patient.

3. Financement

Le financement de l'hospitalisation à domicile se fait selon plusieurs modalités. L'activité d'hospitalisation est financée à la journée, selon le principe de la tarification à l'acte (T2A). Mais c'est une T2A spécifique à l'hospitalisation à domicile qui se calcul en fonction de :

- L'indice de Karnofsky
- De la modalité de prise en charge principale et accessoire selon le tableau des modes de prise en charge en HAD (tableau 1).

Le financement est, en plus, complété par des dotations annuelles régies par le législateur pour financer des missions d'intérêt général (MIG).et pour compenser certaines particularités de l'HAD, comme par exemple le coût des médicaments en sus, coûteux. (14)

4. L'équipe de soins

- o **Le médecin traitant** : c'est le rôle central de l'hospitalisation à domicile de son patient. Il peut en être le prescripteur ou non, donne son accord à la prise en charge proposée par l'HAD, tout en participant à l'élaboration du protocole de soins. C'est lui qui va faire le suivi médical du patient et la surveillance des soins lors de ses visites au domicile. Il accepte ou non le retour à domicile du patient.

- **Le médecin coordonnateur de l'HAD:** il a pour rôle la coordination avec le médecin traitant et le médecin hospitalier. Il est le référent médical de l'établissement d'HAD. Il signe l'avis d'admission en HAD et élabore le protocole de soins en totale concertation avec le médecin traitant et le médecin prescripteur. Il valide en accord avec le médecin traitant la sortie de l'HAD. Il est responsable du respect du protocole de soins. Il ne devient pas le médecin traitant du patient en HAD, son rôle est plus globale et ne se limite pas à la prise en charge du patient. Il a un rôle de formateur auprès de l'équipe de soins. Il participe aux décisions stratégiques de la structure et coopère avec les différents services sociaux.

- **L'infirmier de coordination :** il évalue, en fonction du protocole de soins précédemment établi, la faisabilité de la prise en charge à domicile. Avec l'ensemble des acteurs de l'établissement, il organise la prise en charge du patient, après avoir réalisé son dossier d'admission.

- **Le cadre de santé :** il est le garant de la qualité des soins et de la sécurité des patients, il gère les ressources humaines et matérielles nécessaires au bon déroulement de la prise en charge.

- **L'équipe paramédicale :** elle peut être composée d'infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, sages-femmes, diététiciennes, etc.

- **L'équipe psycho-sociale :** elle évalue les conditions de vie et les besoins au domicile, accompagne et soutient le patient et ses aidants selon les besoins.

- **Le pharmacien** : exerce en officine ou en pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'HAD. Il veille au bon fonctionnement du circuit du médicament, en contrôlant chaque étape de la prescription du médicament jusqu'à sa délivrance.
- **Les prestataires de services** : fournissent le matériel médical nécessaire au fonctionnement de l'HAD (lit médicalisé, fauteuil, oxygène, etc.), après avoir signé une convention avec cette dernière. (15)

5. La permanence des soins

Lors d'une hospitalisation à domicile, la continuité des soins doit être assurée 24/24h, 7/7j, 365 jours par an. En cas d'urgence, il existe une astreinte infirmière fonctionnelle qui doit se déplacer si besoin au domicile du patient. Une astreinte médicale est assurée par l'HAD, où le médecin a l'obligation d'être au contact du dossier du patient afin d'orienter la prise en charge en urgence. (16)

IV. Activités de l'HAD en France

En 2018, les 288 structures d'Hospitalisation à domicile présentes sur le territoire français, ont pris en charge 122 225 patients au cours de 198 775 séjours. Un chiffre en net hausse de 7,2% par rapport à 2017. (4)

Au cours de ces différents séjours, les modes de prise en charge les plus fréquents ont été les pansements complexes (28%), les soins palliatifs (25%), les soins de nursing lourds (8%). Près d'un tiers des journées d'HAD en 2018, concernait des pathologies cancéreuses. (4)

Nous pouvons facilement comprendre l'importance du rôle de l'HAD dans la prise en charge du patient en fin de vie. En effet, toujours en 2018, 18 898 patients sont décédés au cours d'une HAD, dont 15 000 au cours d'un séjour étiqueté « soins palliatif ».

Depuis 2012, la mise en place d'une HAD est possible au sein d'établissement sociaux et médico-sociaux avec hébergement. Le nombre de journées réalisées au sein de ces établissements n'a cessé d'augmenter depuis, représentant en 2018, 9% de l'activité globale réalisée par les différentes structures d'HAD (dont 95% en EHPAD).

Au cours de la circulaire du 4 décembre 2013, le ministère de la santé avait fixé un objectif de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants. Ce chiffre n'est pas atteint partout, il existe de grandes disparités sur le territoire français. Ce jour, la moyenne nationale est de 23 patients en HAD pour 100 000 habitants. (17)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Objectif de la circulaire du 4 décembre 2013, de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants, non atteints.- Activités en 2018 : 122 225 patients pris en charge en HAD au cours de 198 775 séjours. Hausse de 7.2 % par rapport en 2017. |
|---|

V. Objectifs de l'étude

Les politiques de santé s'orientant vers un virage ambulatoire de la prise en charge des patients, en intégrant des outils alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle, telle que l'hospitalisation à domicile. Dans ce contexte d'augmentation de l'offre de soins en HAD, il apparaît évident de prendre en compte l'avis, les doutes et les réclamations des différents acteurs de cette prise en charge. C'est pourquoi par ce travail nous avons voulu rechercher les principales contraintes auxquelles sont confrontés les médecins traitants lors d'une hospitalisation à domicile, ainsi que les freins à une prescription d'HAD de ces derniers. Cela dans le but d'améliorer la prise en charge des patients en HAD.

Partie 2 : Etude

I. Materiel et méthodes

1) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale auprès des médecins généralistes libéraux installés en Normandie.

2) Population étudiée

Les médecins généralistes libéraux installés en Basse-Normandie en 2020.

3) Objectif principal

Décrire les principales difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en HAD.

4) Questionnaire

Le questionnaire se compose de 24 questions séparées en quatre sections. La première partie (5 questions) traitait des données épidémiologiques des réponders. La deuxième partie (8 questions) concernait l'expérience du médecin généraliste avec l'hospitalisation à domicile. La troisième partie (8 questions) abordait les difficultés qu'a pu rencontrer le répondeur au cours de son expérience avec l'hospitalisation à domicile. Enfin, la dernière partie (3 questions) questionnait la connaissance du médecin généraliste sur le cadre réglementaire de l'HAD.

5) Recueil de données

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique, accompagné d'un texte explicatif, via l'Union Régional des Médecins Libéraux de Normandie, à tous les médecins généraliste de Basse-Normandie, soit 516 mails envoyés. Les réponses ont été collectées anonymement via Google Forms. Nous avons reçus 93 réponses.

II. Résultats

1) Caractéristiques démographiques de la population

a. Le sexe

La population de médecins généralistes ayant répondu au questionnaire était composée de 63% d'hommes et 37% de femmes.

b. L'âge

Les médecins de plus de 55 ans représentent 59% des répondants, population la plus représentée, contrairement aux médecins de moins de 35 ans représentant 6,5%. Les 35-45 ans correspondent à 12% de l'échantillon et les 46-55 ans forment, quant à eux, 23% de la population étudiée.

c. Lieu d'exercice

23% des répondants ont déclaré exercer en milieu rural, contre 32% en milieu urbain. Les médecins généralistes exerçant en milieu semi-rural sont les plus représentés dans l'échantillon avec 45% des répondants.

d. Type d'exercice

Sur l'ensemble de l'échantillon, 32% des médecins généralistes ont déclaré travailler seul contre 68% dans un cabinet de groupe.

e. Durée d'installation

Sur la totalité des répondants, la majorité a déclaré être installée depuis plus de 15ans (74%). Ceux installés depuis moins de 5 ans représentent 9,7% de l'échantillon, tout comme ceux installés entre 5 et 10 ans.

Sexe		N = 93 (%)
	Masculin	59 (63%)
	Féminin	34 (37%)
Age		
	< 35 ans	6 (6,5%)
	35 - 45 ans	11 (12%)
	46-55 ans	21 (23%)
	> 55 ans	55 (59%)
Lieu d'exercice		
	Rural	21 (23%)
	Semi-rural	42 (45%)
	Urbain	30 (32%)
Type d'exercice		
	-	-
	Seul	30 (32%)
	En groupe	63 (68%)
Durée d'installation		
	< 5 ans	9 (9,7%)
	5 - 10 ans	9 (9,7%)
	10 - 15 ans	6 (6,5%)
	> 15 ans	69 (74%)

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques de l'échantillon

Le médecin répondeur type de notre étude est un homme, de plus de 55ans exerçant depuis plus de 15 ans, en semi-rural, dans un cabinet de groupe.

2) Expérience avec l'hospitalisation à domicile

a. Nombres d'HAD par an

Sur l'ensemble de la population étudiée, 27% des médecins généralistes ont déclaré organiser 1 seule hospitalisation à domicile par an en moyenne, 47% entre 2 et 3 hospitalisations, et 26% plus de 3 par an.

b. Prescripteur HAD

Les médecins généralistes ont été, pour 71% d'entre eux, déjà le prescripteur d'une hospitalisation à domicile, contre 29% qui ne l'ont jamais été.

c. Conflit lors de la mise en place d'une HAD

Pour 18% (n=17) des répondants, la mise en place d'une HAD à déjà été source de conflits. Les réponses ont été regroupées en 4 catégories :

- Difficultés avec l'équipe paramédicale et l'environnement habituel du patient (n=3, 18%)
- Sentiment d'imposition de la prise en charge, d'obligation (n=10, 59%)
- Difficultés sur le temps devant être accordé pour l'HAD (n=3, 18%)
- Ne se prononce pas (n=1, 6%)

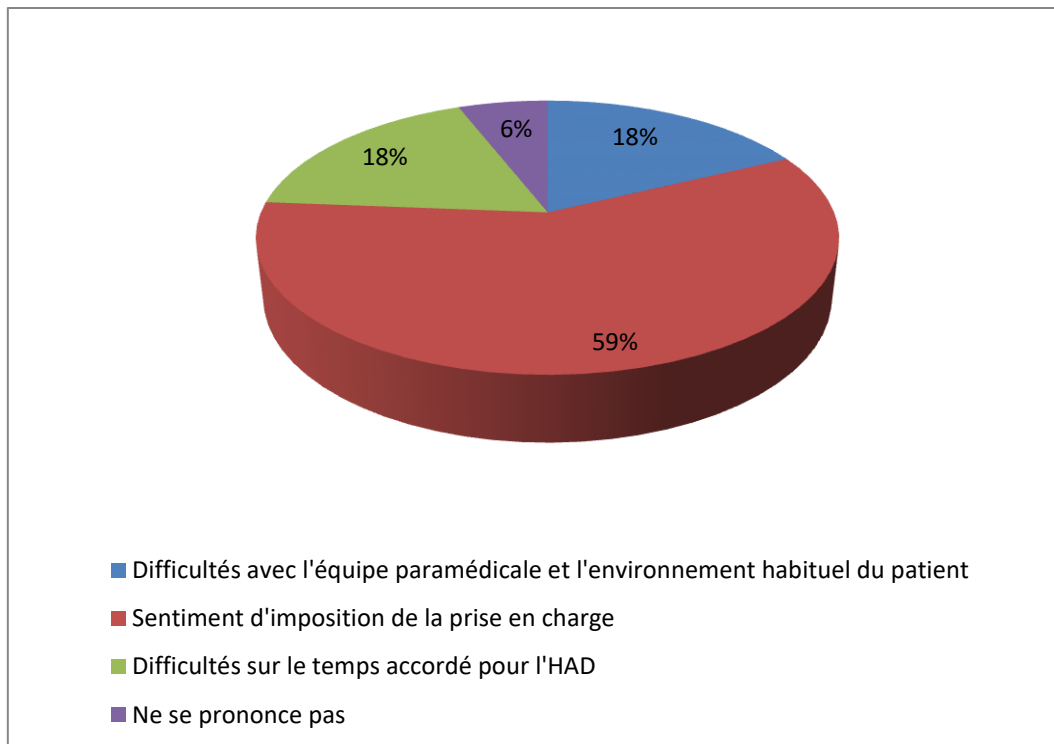


Figure n°1 : Motifs de conflit lors de la mise en place d'une HAD

d. Visite au domicile des patients en HAD

La grande majorité des répondants (n=91, 98%) ont déclaré faire des visites au domicile des patients entrants en HAD, contre 2% qui n'en faisaient pas.

Ces visites à domicile, sont différentes pour 45% des médecins généralistes interrogés. Celles-ci sont plus chronophages pour 49% d'entre eux. Elles nécessitent une coordination plus importante avec l'équipe d'HAD, le personnel paramédical, et la famille du patient pour 31%. Enfin, les pathologies des patients en HAD sont généralement beaucoup plus lourdes et complexes pour 20% des répondants.

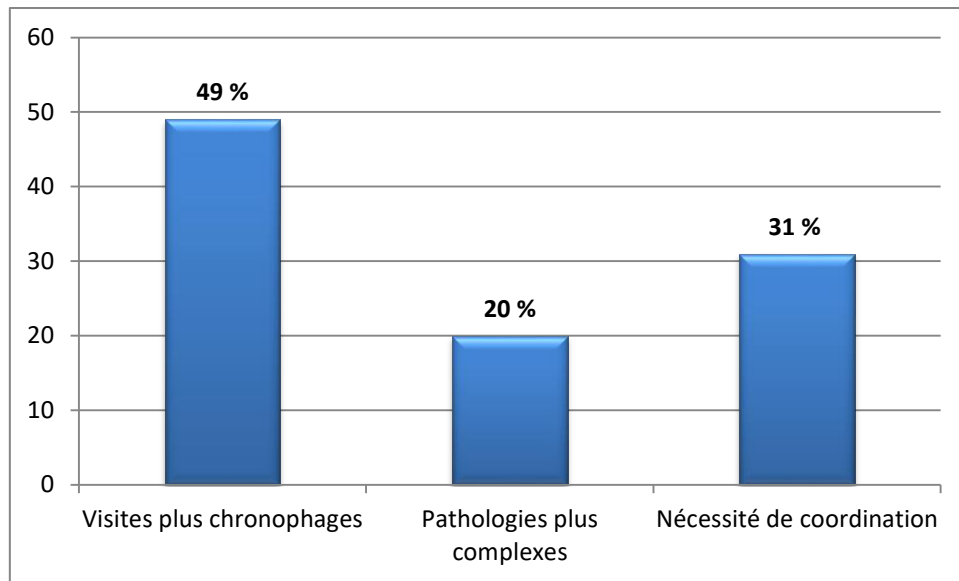


Figure n°2 : Caractéristiques des visites à domicile de patient en HAD par rapport aux visites habituelles

e. Astreinte en HAD

On note que 22% (n=20) des médecins généralistes interrogés participent à l'astreinte de prise en charge du patient en HAD, contre 78% (n=73) qui ne le font pas.

f. Fréquence des visites

La mise en place d'une hospitalisation à domicile n'a pas d'influence sur la fréquence des visites à domicile du patient pour 63% (n=59) des médecins. Pour 27% (n=25), elle a augmenté la fréquence des visites. Enfin, 10% (n= 9,7%) ont répondu que l'HAD a fait diminuer la fréquence de leurs visites à domicile.

g. Arrêt ou limitation de soins

19% (n=18) des médecins interrogés ont déjà été confronté à la prise de décision seul d'arrêt ou de limitation de soins chez un patient en fin de vie à domicile, 60%

(n=56) ont pris la décision de manière collégiale, et 20% (n=19) n'ont jamais été confronté à une limitation de soins à domicile.

3) Difficultés de prise en charge rencontrées

a. Refus de pris en charge

Sur l'ensemble de la population étudiée, 24% (n=22) des médecins déclaraient avoir déjà été confronté à un refus de prise en charge d'un de leur patient en HAD, contre 76% (n=71) qui ne l'ont jamais été. Le motif de refus était pour 46%, une mauvaise indication à une entrée en service d'HAD (« patient trop lourds pour HAD », « patient relevant plutôt du SSIAD », « n'entre pas dans le cadre de l'HAD »). Pour 27%, le motif était un manque de place disponible au sein de la structure d'HAD. Pour 27%, le motif était autre (« demande d'hospitalisation préalable en service conventionnel », « mauvaise efficacité répétée de l'HAD », etc.)

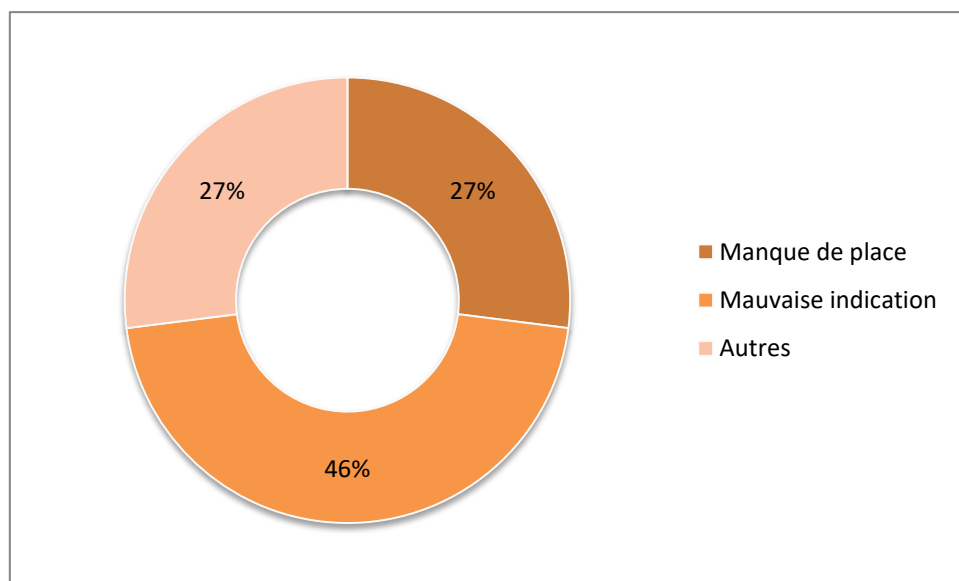


Figure n°3 : Motif de refus de prise en charge en HAD

b. Difficultés par rapport aux aidants

Sur l'ensemble des répondants, seulement 15% (n=14) ont répondu avoir eu des difficultés par rapports aux aidants. Dont la grande majorité d'entre eux (n=9) l'ont été en raison d'un désaccord de prise en charge avec l'HAD (« différence d'appréciation sur une fin de vie avec l'équipe d'HAD », « consignes données ignorées par l'HAD entraînant un conflit avec la famille », etc.)

c. Difficultés par rapport aux intervenants habituels

Les médecins généralistes interrogés, déclaraient pour 22% (n=24) avoir eu des difficultés avec leurs intervenants habituels comme les infirmières libérales, pharmaciens, kinésithérapeutes, lors de la mise en place d'une HAD.

Pour la plupart d'entre eux (65%, n=13), la principale difficulté vient d'une exclusion des infirmières habituelles du patient.

d. Difficultés par rapport aux compétences

47% (n=44) des médecins ont déjà été mis en difficultés par rapport à des compétences qu'ils n'avaient pas utilisées depuis longtemps.

Sur ces 44 médecins, 43% (n=21) ont eu des difficultés par rapport à la prise en charge de la douleur, 24% (n=12) par rapport à des thérapeutiques hospitalières, 22% (n=11) par rapport à une prise en charge en fin de vie, et enfin 10% (n=5) par rapport à une prise en charge concernant une surveillance de chimiothérapie.

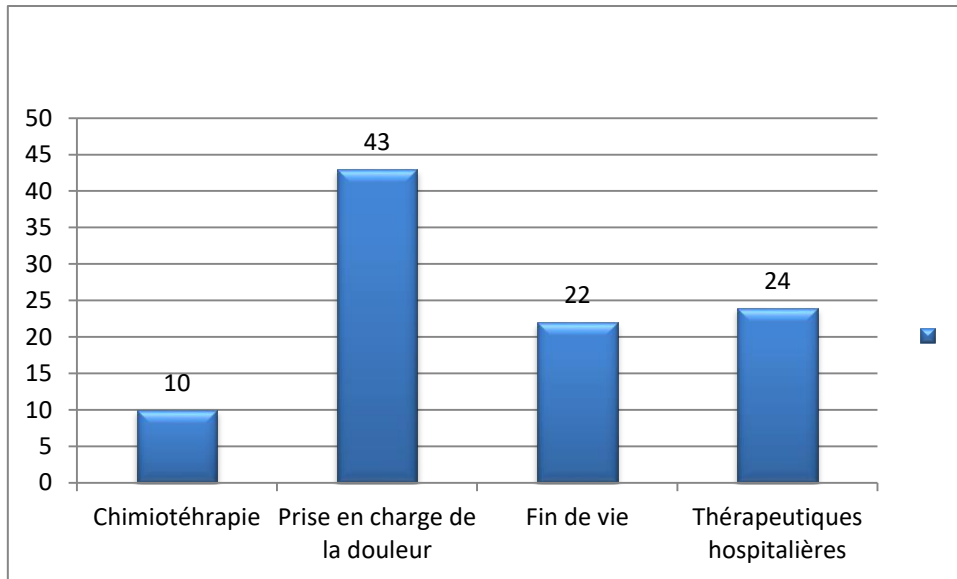


Figure n°4 : Difficultés rencontrées sur des compétences médicales

e. Communication avec l'HAD

Les médecins interrogés ont répondu, pour 19% (n=18) d'entre eux, avoir eu des problèmes à joindre ou à communiquer avec les différents intervenants de l'HAD, lors de la prise en charge d'un de leurs patients, contre 81% (n=75) qui n'ont jamais eu de difficulté à ce niveau-là.

f. Charge administrative

27% (n=25) des médecins généralistes interrogés déclaraient que la charge administrative, lors de la mise en place et le suivi de leur patient en HAD, était trop complexe et trop chronophage.

g. Accord obligatoire du médecin traitant

Sur l'ensemble de l'échantillon interrogé, 77% estiment que l'accord du médecin traitant doit être obligatoire lors de la prise en charge d'un patient en HAD ; contre 23% qui jugent l'accord non indispensable.

h. Améliorations envisagées pour la prise en charge en HAD

A la question posée aux médecins généralistes, sur les améliorations qui pourraient être apportées à la prise en charge en HAD, 52% (n=48) aimeraient voir le nombre de places augmenté, 47% (n=44) seraient favorable à une amélioration de l'information sur les thérapeutiques utilisées. 40.9% (n=38) ont répondu qu'une amélioration de la communication entre les différents intervenants serait bénéfique à une meilleure prise en charge.

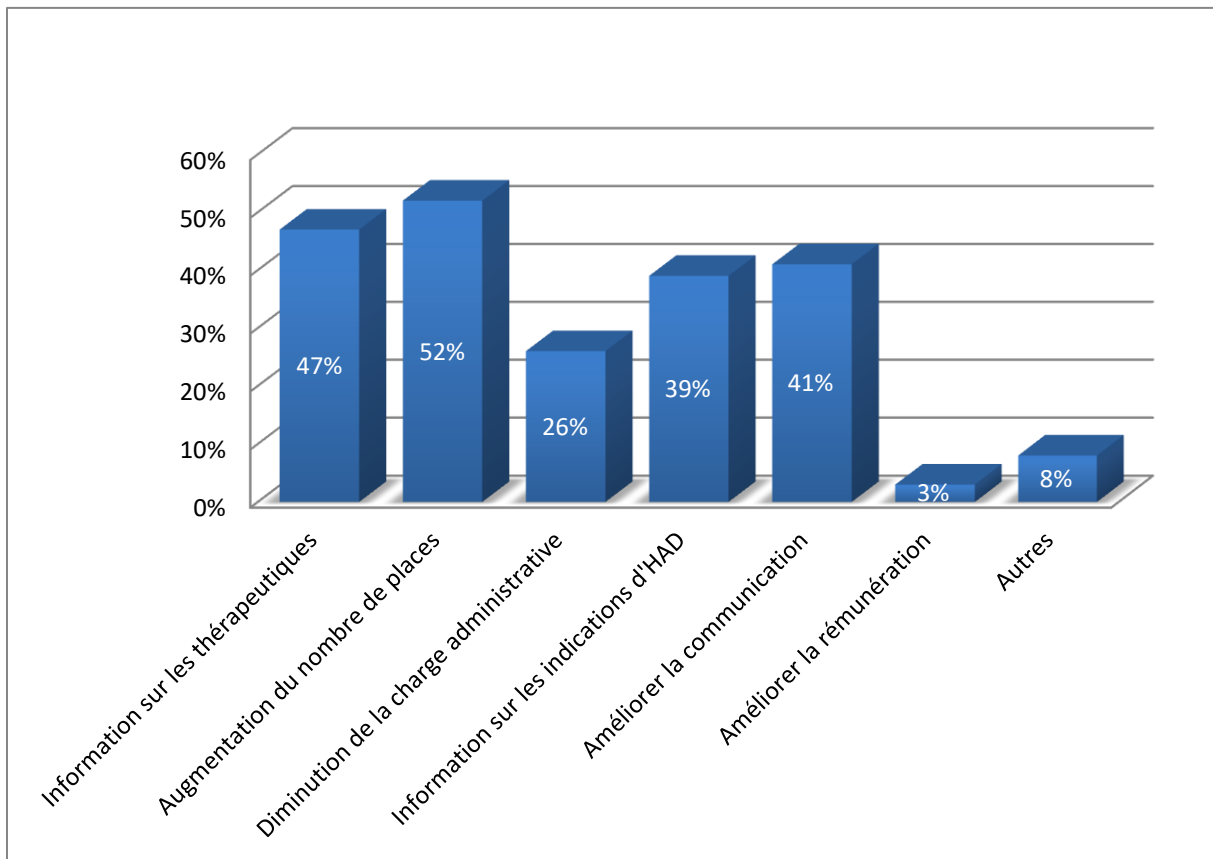


Figure n°5 : Améliorations envisagées pour la prise en charge en HAD

4) Cadre réglementaire

a. Indications HAD

43% (n=40) des médecins interrogés déclaraient connaître les indications d'hospitalisation à domicile contre 53% (n=57).

b. Nouvelles réglementation HAD

A la question, « connaissez-vous les nouvelles réglementations en HAD ? », 32% (n=30) des médecins ont répondu positivement contre 68% (n=63) qui ont répondu « non ».

c. Intégration des HAD dans les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Sur l'ensemble des médecins interrogés, 29% (n=27) seraient favorable à une intégration des HAD au CPTS contre 12% (n=11) qui y seraient opposés, enfin 59% (n=55) ne se prononce pas.

III - Discussion

1) Représentativité de l'échantillon

Il nous a été impossible de calculer l'âge moyen de l'échantillon interrogé mais comme nous l'avons vu, 59% des médecins ont plus de 55 ans et selon le conseil national de l'ordre des médecins, l'âge moyen des médecins en activité est de 51 ans. Le sexe de la population étudiée différait légèrement par rapport à la population générale de médecins généralistes, nous avons obtenu la réponse de 37 % de femmes alors que 47% des médecins en activité en France sont des femmes ($p = 0.15$). (18)

Selon le DRESS, 61% des médecins généralistes libéraux installés exercent en groupe ; chiffre inférieur à notre étude où les médecins exerçant en cabinet de groupe sont surreprésentés avec 68% des répondants. (18)

Par rapport à la répartition des zones d'exercices (rural / semi-rural / urbain), il n'existe pas de carte démographique publié par l'INSEE à propos des modes d'exercices des médecins généralistes.

2) Expérience du médecin généraliste avec l'hospitalisation à domicile

Dans notre étude, seul 29% des médecins n'ont jamais été le prescripteur initial d'une hospitalisation à domicile. Ce chiffre est similaire dans la littérature, avec environ 1/3 des médecins interrogés qui n'ont jamais prescrit d'HAD, ou parfois ne savent même pas qu'ils en ont la possibilité. En effet, comme l'illustre l'étude de Gremillet A. (19), il persiste encore l'idée chez certains médecins généralistes que la prescription d'une HAD ne peut se faire qu'au décours d'une hospitalisation. Dans la thèse de Feyeux A., 80% des médecins interrogés ne savaient pas qu'ils pouvaient

être le prescripteur d'une hospitalisation à domicile. Ce constat se retrouve dans le nombre de patients pris en charge en HAD venant directement du domicile, qui se situe aux alentours de 35%, contre 65% venant de l'hôpital. (4) (20) (21) (22)

Ce manque de connaissance sur la prescription d'une HAD devrait être en parti pallié par une amélioration de la formation des internes et jeunes médecins à ce sujet. En effet, en 2017, l'ISNI et la FNEHAD ont signé un partenariat qui permet de développer les terrains de stage au sein des structures d'HAD, et d'intégrer des cours portant sur la prescription des HAD et leurs indications lors de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales. (23)

La plupart des difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la mise en place d'une HAD vient du sentiment d'imposition de la prise en charge du patient. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des HAD soient mises en place suite à une hospitalisation dite conventionnelle, soit environ 80% (24). C'est donc l'hôpital qui organise et va faire la demande de l'HAD. Même si il faut l'accord du médecin traitant pour accepter la prise en charge, ces derniers ont le sentiment que l'hôpital et la structure d'HAD organise le devenir du patient sans prendre en compte l'avis du médecin généraliste. Cette position n'est pas nouvelle et est favorisée par plusieurs décennies de politiques hospitalo-centrées où le médecin traitant à l'impression d'être relégué au second plan. Cette perte du pouvoir décisionnel sur la prise en charge du patient est un frein à la prescription d'HAD.

Même si le rôle du médecin traitant est réaffirmé dans la circulaire de 2013 (17), en tant que référent de la prise en charge du patient, le médecin généraliste a souvent l'impression de ne pas être au centre de la relation HAD – Patient. Nous pouvons voir que par la définition du rôle du médecin coordonnateur, qui peut prescrire lors de certaines situations d'urgence, où le médecin traitant n'est pas disponible, pour assurer la continuité des soins. Le médecin traitant peut se sentir écarté lors de certaines situations.

Pour éviter ces situations ambiguës, la diffusion, par l'HAD, d'une plaquette d'information à destination des médecins traitants et/ou l'organisation de formation

continue animée par les équipes locales pourraient permettre d'améliorer la communication et de clarifier le rôle de chacun dans la prise en charge du patient. Cela pourrait augmenter le nombre de prescriptions d'HAD par les médecins généralistes en rappelant les indications possibles pour une hospitalisation à domicile.

Presque la totalité des médecins de l'étude font des visites au domicile de leur patient en HAD. Pour 45% d'entre eux, ces visites sont différentes de leurs visites habituelles. Tout d'abord parce qu'elles sont plus chronophages, cela peut s'expliquer par le fait que les patients en HAD, présentent le plus souvent des pathologies plus lourdes et/ou complexes, que nous pouvons qualifier de pathologies hospitalières. Les visites habituelles des médecins traitants se font chez des patients qui, en général, ne peuvent pas se rendre au cabinet du fait d'une dégradation de l'autonomie, mais qui ne nécessitent pas forcément une prise en charge contraignantes.

Ces visites nécessitent également une coordination plus importante, donc une organisation différente, avec les acteurs de la prise en charge du patient, que ce soit avec l'équipe soignante et/ou la famille du patient. Pour soulager les médecins traitants dans la prise en charge de ces patients généralement plus lourds, dans la circulaire de 2013 relative à l'hospitalisation à domicile (17), il est noté que le médecin coordonnateur peut être amené à prescrire si le médecin traitant n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions et délais requis par la situation du patient. Cette solution, créer une ambiguïté dans le rôle de chacun sur la prise en charge du patient. Pour éviter cette ambiguïté, plusieurs solutions existent et méritent d'être développées au niveau local. Une visite conjointe entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant en début de prise en charge permettrait de clarifier le rôle de chacun dans la prise en charge du patient, au cas par cas, en fonction de la pathologie et de l'évolution du patient.

La diversité des réponses sur les différents reproches faites à l'HAD amène à penser qu'il existe sans doute des à priori entre les différents acteurs de la prise en charge.

Pour éviter cela, il faut favoriser les échanges et les contacts directs entre les différents soignants du milieu libéral et de l'HAD.

Frein à la prescription d'HAD :

- Peu de prescriptions d'HAD faites par les médecins généralistes
- Sentiment d'imposition de la prise en charge lors de la mise en place d'une HAD
- Visites plus longues et plus chronophages

Solutions envisageables :

- Amélioration de la formation des internes et des jeunes médecins, développement des terrains de stages.
- Diffusion d'une plaquette d'information destinée aux médecins généralistes, organisation de formations continues par les équipes locales d'HAD
- Visite conjointe médecin coordonnateur / médecin traitant

3) Difficultés rencontrées lors d'une hospitalisation à domicile

○ Refus de prise en charge :

Dans notre étude, une minorité de médecin (24%) ont été confronté à un refus de prise en charge de la part d'une HAD. Dans la plupart des cas, ce refus était dû à une mauvaise indication de la demande d'HAD. Cela montre encore une fois la mauvaise information des médecins généralistes sur les indications et le fonctionnement d'une HAD. Comme nous l'avons vu, cela pourrait être évité par une meilleure formation lors du 3^{ème} cycle des études médicales, avec l'ouverture de terrains de stage, ainsi que des cours centrés sur les modes de prise en charge en

ambulatoire. De plus, l'HAS a développé un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD : ADOP-HAD, très simple d'utilisation et, se trouvant sur internet, facilement disponible. Il permet de savoir si son patient est éligible à une potentielle hospitalisation à domicile. (24)

Le motif de refus pouvait être également un manque de place au sein de l'HAD. Pour pallier à cela, les différentes politiques de santé, depuis plus de quinze ans, essaient de développer l'hospitalisation à domicile. Celle-ci poursuit sa croissance d'année en année avec une augmentation de place de 3.4% en 2018 par rapport à 2017. Malgré tout, cette croissance reste bien loin des objectifs avec une répartition de 23 places en HAD pour 100 000 habitants contre un objectif fixé à 30 à 35 pour 100 000. En réalité, le manque de place n'existe pas en HAD puisque par définition, les lits existent et sont libres. (3) (17)

- ⇒ Refus de prise en charge dû à une mauvaise information des indications et à un manque de place disponible en HAD
- ⇒ Une politique active des ARS devrait stimuler le développement des établissements d'HAD
- ⇒ La valorisation de l'outil ADOP-HAD devrait faciliter la prescription

- Difficultés par rapport aux aidants :

Peu de médecins ont rencontré des difficultés par rapport aux aidants. Elles ont été dues en grande majorité, par un défaut de communication entre l'HAD, la famille et le médecin généraliste, sur des désaccords de prise en charge en fin de vie ou des consignes ignorées. Le manque de communication est un reproche des médecins généraliste qui revient assez régulièrement. Un outil informatisé pourrait permettre une meilleure communication sans perte d'information entre les différents intervenants mais également avec la famille. Dans la thèse de Rajemisa G., il souligne bien que l'aidant est « un des pilier du maintien à domicile ». Il est un acteur à part entière de la prise en charge du patient en hospitalisation à domicile. (25)

⇒ Des aidants favorables à l'hospitalisation à domicile mais qui souffrent d'un manque d'accompagnement et de communication lors de la prise en charge d'un proche en fin de vie.

- Difficultés par rapport aux intervenants habituels :

Comme dans les études de Gremillet A. ou Feyeux A. (20) (19), certains médecins traitants ont eu quelques problèmes vis-à-vis des intervenants habituels tels que les infirmières libérales, les pharmaciens. En effet, les infirmières du patient sont exclues de la prise en charge lors de l'hospitalisation à domicile de celui-ci. Le patient et sa famille ressentent cela comme une imposition des acteurs de la prise en charge. Comme à l'hôpital, il ne choisit pas les personnes qui vont le soigner. Il y a cette frontière rompue en HAD entre prise en charge hospitalière et domicile. Le patient et sa famille peuvent se sentir perdus. Cela peut amener à des conflits. Pour éviter cela, il est nécessaire de favoriser les réunions d'information entre médecin traitant, HAD et patient/aidant. De plus, depuis 2018, une intervention conjointe du SSIAD et de l'HAD permet au patient de conserver les infirmières intervenant chez le patient si celui-ci dépendait du SSIAD auparavant.

⇒ Une nécessité d'adaptation des soignants aux habitudes des patients lors des soins à domicile. Adaptation qui n'entre pas facilement dans la culture médicale en France, en particulier dans la culture médicale hospitalière.

- Connaissances des thérapeutiques utilisées :

Concernant les compétences des médecins traitants interrogés, près de la moitié ont déclarés avoir eu des difficultés sur les thérapeutiques utilisées en HAD. Le travail de Cuny F. (22), rejoint les résultats de notre thèse. Dans celui-ci, certains médecins de son focus group déclaraient être dépassés par certaines compétences, surtout en soins palliatifs. Le rôle du médecin généraliste est encore une fois ambigu, on lui demande d'être le prescripteur de thérapeutiques, parfois hospitalières, qu'il ne maîtrise pas. Dans la plupart des études réalisées, la plus grande difficulté rencontrée par les médecins généralistes au cours de leur exercice est la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs au domicile. En effet, utiliser des pompes

et PCA à morphine ou organiser des soins de support nécessitent une formation spécifique, formation jugée insuffisante au cours du cursus d'un étudiant en médecine générale (26) (27). Dans l'étude de Poinceaux S. et Texier G., 130 internes en dernières années de diplôme d'études spécialisées en médecine générale, sur 4 universités différentes, ont été interrogés sur la formation en soins palliatifs au cours de leur cursus. Soixante-dix-neuf pour cent ont jugé l'enseignement insuffisant. L'étude fait également remarquer que cette formation est très hétérogène suivant les universités. (28) Pourtant, les internes sont favorables à une augmentation de la formation en soins palliatifs que cela soit en théorie ou au lit du malade. (29)

Malgré cela, certains médecins, y voient « une chance de partager ses compétences » et « un moyen de se former par l'expérience. » (22)

⇒ L'HAD peut et doit être considéré comme un outil de formation continu pour le médecin généraliste, argument qui n'est pas assez valorisé par les HAD.

- Facilité à joindre l'HAD :

Malgré les reproches que peuvent faire les médecins traitants sur leur relation avec l'HAD, la facilité à joindre ses intervenants reste un atout appréciable. Plus de 80% des médecins interrogés n'ont jamais eu de difficultés à contacter les différentes structures d'hospitalisation à domicile. Celles-ci devant assurer la permanence de soins 24/24 heures et 7/7 jours.

- Charge administrative :

Nous observons qu'une minorité de médecins (27%) jugent la charge administrative trop chronophage. Cette lourdeur administrative serait un frein à la prescription d'une HAD. Avec une gestion des dossiers, des prescriptions, des classeurs pour chaque patient, ces démarches de soins se rapprochent plus du monde hospitalier que de la médecine libérale habituellement pratiqué par le médecin traitant. Cependant, dans l'étude de Crotet R. et Jejenne B. (30), 2 groupes de médecins généralistes ont été séparés en fonction de leur expérience avec l'HAD. Il a été montré que la crainte d'une prise en charge chronophage constitue un frein plus important dans groupe avec le moins d'expérience en HAD. Cela peut s'expliquer par le fait que les médecins peuvent avoir des à priori sur le temps que peut demander une prise en charge en HAD, ou bien par le fait que les premières prises en charge peuvent effectivement être plus longues dû au manque d'expérience. Le virage numérique qu'est en train de prendre l'offre de soins devrait également profiter à l'hospitalisation à domicile, avec le développement de la téléconsultation. En 2019, la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) et la Société française de télémédecine ont signé un partenariat permettant de définir les modalités de la télémédecine en HAD, d'organiser des séances de formation et d'aider au développement de projet de télémédecine en HAD. (4)

4) Amélioration envisagées par les médecins généralistes

Lorsque nous avons demandé aux médecins généralistes ce qu'il faudrait améliorer dans la prise en charge de leur patient en HAD, les demandes les plus évoquées sont l'augmentation du nombre de places et une plus grande information sur les thérapeutiques pouvant être utilisées en HAD.

- Augmenter le nombre de places en HAD :

Pour l'augmentation du nombre de places en HAD, nous avons vu que la direction politique prise depuis plusieurs années permet de développer l'offre de soins en hospitalisation à domicile avec une augmentation de 3.4% de places en 2018. Malheureusement cette offre de soins reste encore au-dessous des objectifs prévus depuis la circulaire de 2013, c'est-à-dire une offre de soins avec 30-35 places en HAD pour 100 000 habitants. De plus, l'offre de soins reste encore très inégale sur le territoire français, allant d'une moyenne de 12.7 patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants en Franche-Comté jusqu'à 94.8 patients par jour et pour 100 000 habitants en Guadeloupe. (4) (17)

Depuis 2018, l'intervention conjointe du SSIAD et de l'HAD, permet d'augmenter le nombre de places en faisant intervenir les infirmières du SSIAD et non celles de l'HAD. Nous pouvons imaginer qu'en intégrant plus facilement et plus largement les infirmières libérales du patient dans la prise en charge, le nombre de places théoriques en HAD ne serait plus limité.

- Améliorer l'information sur les thérapeutiques :

Les médecins traitants sont également très demandeurs d'informations supplémentaires sur les thérapeutiques utilisées, notamment sur la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Cela rejoint plusieurs études déjà réalisées, notamment auprès des internes, qui sont demandeurs de formation en soins palliatifs, formation jugée actuellement insuffisante. (28) (29)

- Améliorer la communication :

Même si dans notre étude, 81% n'ont jamais eu de problèmes à joindre l'HAD, ils jugent la qualité de cette communication insuffisante et pour 41%, celle-ci devrait être améliorée. Certains médecins ont été amenés à rencontrer des difficultés avec les aidants, le patient ou les différents intervenants à cause d'un défaut de communication avec l'HAD (directives non appliquées, informations non transmises,

hospitalisation non voulue, etc.). Nous voyons bien qu'une bonne communication entre tous les intervenants est primordiale pour une meilleure prise en charge.

Afin d'améliorer la communication, comme nous l'avons vu, un outil informatisé pourrait améliorer les transmissions entre acteurs de la prise en charge. Cet outil intégrerait les transmissions des infirmières de l'HAD, les comptes rendus de visite du médecin traitant, les différents traitements et les changements thérapeutiques. Cet outil, cependant, ne doit pas se substituer à la communication directe et verbale entre les intervenants.

Comme l'a proposé Cuny F. (22), une visite conjointe en début d'hospitalisation à domicile entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant permettrait de fixer certaines règles, certaines limites comme l'hospitalisation en secteurs conventionnelle ou non, la limitation des soins. Cette visite conjointe pourrait être également réalisée quelques jours avant la sortie du patient d'HAD, afin que le médecin généraliste aborde de façon plus sereine la sortie de son patient.

- Améliorer la rémunération

Concernant la rémunération, nous voyons bien que ce n'est pas la priorité de la plupart des médecins généralistes. Pour améliorer la reconnaissance de l'investissement du médecin auprès de ses patients lourds, la cotation « visite longue » (VL), auparavant réservé aux patients atteints de maladie neurodégénérative (Alzheimer, parkinson, SEP...), a été élargi, depuis février 2019, au patient en soins palliatifs et pour les nouveaux patients en affection de longue durée ou âgés de plus de 80ans. Cette cotation (VL+MD) est actuellement rémunérée 70 euros et ne peut être réalisée que 3 fois par an. Malgré cela, cette mesure est jugée insuffisante par les médecins généralistes car elle ne regroupe pas l'ensemble des pathologies rencontrées en HAD. (31)

- Améliorer l'information sur les indications de l'HAD

Dans notre étude, 39% des médecins interrogés sont demandeurs d'une meilleure information sur les indications de l'HAD. Pourtant, comme nous l'avons vu, l'HAS propose un outil très simple d'utilisation, accessible sur internet, ADOP-HAD. Il permet d'établir si le patient est potentiellement éligible à une HAD. Cependant, cet outil reste une aide et ne se supplémente pas à l'avis de l'équipe d'HAD local. La communication sur cet outil n'a peut-être pas été suffisante auprès des médecins généralistes. (32)

De plus, 68% des médecins dans notre étude ne connaissent pas les nouvelles réglementations en HAD portant notamment sur l'intervention conjointe possible entre le SSIAD et l'HAD, existant depuis 2018. Cette nouvelle organisation a l'avantage de maintenir les professionnels du SSIAD intervenant chez un patient lors d'une prise en charge en HAD, donc de conserver des professionnels ayant une bonne connaissance du patient, et cela sans coût supplémentaire. Egalement, depuis 2007, l'HAD peut intervenir en EHPAD mais était limité à certaines indications (soit 9 des 20 modes de prise en charge possible en HAD). Ces restrictions représentaient un grand frein aux prescriptions d'HAD pour les patients en EHPAD. Mais depuis 2017, ces restrictions ont été levées par arrêté et ont permis la simplification des prescriptions d'HAD en EHPAD. (33)

Encore une fois, une meilleure formation, dès le 3^e cycle des études médicales, permettraient une amélioration et une augmentation des prescriptions des HAD par les médecins généralistes grâce à une meilleure connaissance des indications. Par la suite une meilleure information auprès des médecins généralistes par les HAD locales devrait être poursuivie.

5) Limites de l'étude

- Biais de sélection :

Notre échantillon n'est pas tout à fait représentatif de la population de médecins généralistes exerçant sur le territoire français, notamment au niveau du sexe et du mode d'exercice. De plus, nous pouvions attendre un taux de réponse supérieur à 18%.

- Effet de mobilisation

La méthode choisie pour envoyer et collecter nos questionnaires amène à un biais par effet de mobilisation. En effet, nous pouvons craindre que les médecins ayant répondu soient ceux qui sont le plus sensibilisés par le sujet.

- Type de questionnaire

Le choix de réaliser un questionnaire avec des réponses à choix multiples, donc fermées, nous a empêché d'aller plus loin dans la recherche de difficultés ressenties par le médecin traitant. Même si nous avons intégré des champs pour des commentaires courts, cela n'a pas permis aux médecins généralistes de s'exprimer totalement sur les sujets qu'ils auraient voulu aborder.

6) Pistes pour l'avenir

Afin de favoriser la prescription d'hospitalisations à domicile par les médecins généralistes et d'améliorer la prise en charge de leur patient, plusieurs pistes de réflexion peuvent être envisagées suite à ce travail.

- Développer l'outil informatisé :

Nous voyons bien que la communication est un aspect essentiel de la prise en charge du patient. Actuellement les médecins généralistes n'ont pas l'impression d'être le pivot central de la prise en charge, leurs directives sont parfois ignorées, ou les informations remontant de l'HAD ne vont pas jusqu'au médecin traitant. Cela est dû à un défaut de communication qui pourrait être amendé grâce au développement d'un outil informatisé. En effet, la création d'une application ou d'un espace informatisé pour favoriser l'échange entre médecin traitant, médecin coordonnateur et infirmières permettrait la bonne diffusion des informations, sans interférer sur l'emploi du temps de chacun. Cet outil permettrait également d'améliorer la coordination entre les différents acteurs avec un gain de temps considérable. Les informations ne seraient plus dans un classeur au domicile du patient, mais disponible par tous les acteurs du soin, à partir de tout poste informatique.

- Développer la télémédecine :

En 2019, la FNEHAD et la Société Française de télémédecine ont signé un partenariat permettant de favoriser le développement de la télémédecine au sein des structures d'HAD et de former les intervenants à son utilisation. La stratégie politique présentée en 2018, « Ma santé 2022 » fait également du développement de la télémédecine une priorité. (34)

La croissance de la télémédecine dans l'offre de soins, notamment en HAD permettra de fluidifier le parcours de soin du patient pris en charge à son domicile en simplifiant la communication avec les intervenants, les spécialistes, d'optimiser la coordination avec l'ensemble des acteurs, d'avoir une qualité de suivi plus importantes.

- Organiser une visite conjointe

Afin d'améliorer la communication entre l'HAD et le médecin traitant, une visite conjointe entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant peut être envisagé. Ceci permettra tout d'abord, de faire connaissance avec le médecin coordonnateur.

En effet, dans la thèse de Cuny F. (22), les médecins généralistes mettent en avant l'importance de bien connaître le médecin de l'HAD, que l'expérience se passe d'autant mieux si des liens, parfois amicaux se tissent entre les médecins. Le fait de faire cette visite conjointe, demande, certes, un peu d'organisation, mais permet de mieux connaître son interlocuteur, de discuter d'une prise en charge adéquat en concertation ensemble et avec le patient.

- Améliorer la formation

Nous avons vu, que les médecins sont très demandeurs d'informations supplémentaires que cela soit sur les indications ou sur les thérapeutiques utilisées.

Tout d'abord, la formation pourrait être encore développée au niveau du 3^e cycle des études médicales avec l'augmentation de terrains de stage en HAD, de cours spécifique sur la prise en charge d'un patient en HAD.

Ensuite, les HAD locales ou les Union Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pourraient améliorer cette formation en organisant régulièrement des soirées d'information, de communication sur l'HAD, ou bien organiser des groupes de paroles entre médecins généralistes et HAD locales. Cela améliorerait d'autant plus la communication entre les différents acteurs.

- Intégration des HAD au CPTS

Les Communautés Professionnelles Territoriale de Santé (CPTS), ont été créées en 2016 par la Loi de modernisation du système de santé. Ces CPTS peuvent regrouper des soignants médicaux ou paramédicaux, pouvant exercer leur activité individuellement ou en établissement de santé, mais regrouper autour d'un projet commun de santé sur un territoire défini. (35)

A la question posée dans notre étude, à savoir si les HAD devraient intégrées des CPTS, 59% des médecins ont répondu « ne sait pas ». Cela peut être due à un manque de connaissance vis-à-vis de ce dispositif encore jeune qu'est la CPTS. En

effet, il y aurait à ce jour 450 projets de CPTS recensés dont seulement 50 seraient en fonctionnement, encore bien loin de l'objectif de 1000 CPTS à l'horizon 2022. (36)

Pourtant il serait intéressant de voir comment le parcours de soin du patient pourrait être amélioré en fluidité si les HAD intégraient les CPTS. Malheureusement mettre en place un projet comme celui-ci prend du temps et nécessite une mobilisation importante des professionnels de santé, avec un versant administratif qui peut être lourd et être un frein au développement.

VI. Conclusion

A une époque où le patient préfère être soigné chez soi, alors même que l'espérance de vie s'allonge, le nombre de personnes âgées augmente et où les politiques de santé prônent le virage ambulatoire depuis plusieurs années, l'hospitalisation à domicile est une solution indispensable dans l'offre de soins. Cette prise en charge nécessite une communication étroite entre les professionnels de santé où le médecin traitant est l'acteur central et a un rôle de pivot. Pourtant, l'HAD reste insuffisamment prescrit par les médecins généralistes. Cette étude a permis d'explorer les freins potentiels aux prescriptions d'HAD par les médecins généralistes.

Plusieurs difficultés ont été exprimés par les médecins en commençant par le manque de communication avec les différents acteurs de l'HAD, le manque de connaissance sur les indications de ce mode de prise en charge et les thérapeutiques utilisées au cours du séjour, le manque de place au niveau des structures locales.

Lors de ce travail nous avons fait le constat qu'il faut impérativement améliorer la communication entre les professionnels de santé. Le virage numérique valorisé actuellement par le projet de loi « Ma Santé 2022 » permettra de répondre à cette demande des médecins généralistes par le biais de la télémédecine et du dossier patient informatisé. D'autant plus que cela permettra un gain de temps lors de la prise en charge du patient, alors que l'on sait que le temps est précieux en médecine libérale.

Cette communication interprofessionnelle pourra être améliorée avec le développement de formation au niveau locale, soit par les HAD elle-même, soit par les URPS.

L'hospitalisation à domicile est un acteur majeur pour rassembler la ville et l'hôpital au sein d'un territoire de santé. Il est donc nécessaire de valoriser sa prescription en entendant les critiques qui peuvent être faites par les médecins généralistes, acteur central de la prise en charge. Il serait intéressant à l'avenir d'étudier le ressenti des intervenants de l'HAD sur ce parcours de soins et quelles améliorations ils apporteraient.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Rapport d'activité FNEHAD 2017-2018 [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2018/11/FNEHAD_RA1718_WebP-1.pdf
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Panoramas de la DREES - Les établissements de santé, Edition 2019 [Internet]. [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2019.pdf>
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2018 [Internet]. [cité 4 juin 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1130.pdf>
4. Rapport d'activité FNEHAD 2018-2019 [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr>
5. Loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme de l'hospitalisation. JO du 3 janvier 1971.
6. Circulaire n° 141 du 12 mars 1986 du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements publics.
7. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 (modifiée) portant réforme hospitalière.
8. Article R. 712-2-1 du Code de la santé publique (décret no 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, article 1), Journal officiel no 234 du 8 octobre 1992.
9. Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. [Internet]. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
10. Circulaire n° DHOS/O/2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
11. Circulaire n° DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
12. Circulaire n° DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007.
13. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Guide Méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, Février 2020 [Internet]. www.atih.sante.fr. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3732/guide-methodo-had-2020_version_provisoire_2_erratum.pdf

14. Présentation des modalités de financement - HAD | Publication ATIH [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/presentation-des-modalites-de-financement-had>
15. Les métiers de l'HAD – FNEHAD [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/les-metiers-de-lhad/>
16. DGOS. L'hospitalisation à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
17. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf
18. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Beyond 20/20 WDS - Etude et statistiques - démographie des médecins au 1er janvier - Tableau récapitulatif [Internet]. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
19. Gremillet A. Difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile: étude qualitative en focus groupe réalisée auprès des médecins généralistes du Var. 2017.
20. Feyeux A. MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET HOSPITALISATION A DOMICILE : Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse. Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
21. Utilisation de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne [Internet]. [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/771/1/2015TOU31014.pdf>
22. Cuny F. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile: étude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien.
23. Communiqué de Presse ISNI-FNEHAD [Internet]. 2017 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/06/CP-ISNI-FNEHAD_20170614.pdf
24. Haute Autorité de Santé. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD. 2017.
25. Rajemisa G. Les obstacles rencontrés par les médecin traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées. Université Paris Diderot - Paris 7;
26. Legoff E, Thiltges I, Taillandier L, Di Patrizio P. Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en soins oncologiques de support. Médecine Palliat. déc 2017;16(6):302-10.

27. Stipon M. Etat des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine Maritime et dans l'eure. Université de Rouen; 2016.
28. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. févr 2016;15(1):15-26.
29. Lutz C. Les internes de médecine générale, en fin de cursus, se sentent-ils compétent pour prendre en charge des patients en fin de vie ? Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
30. Crotet R, Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile: étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble: un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD: un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an. Université de Grenoble; 2011.
31. Visite longue, nouvelle version - MG France [Internet]. [cité 18 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2035-visite-longue-nouvelle-version>
32. HAS - Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD [Internet]. [cité 18 juill 2020]. Disponible sur: <https://adophad.has-sante.fr/pages/home>
33. Arrêté du 19 janvier 2017 portant abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.
34. Ministère des Solidarités et de la Santé. Recourir au numérique pour mieux soigner [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/recourir-au-numerique-pour-mieux-soigner>
35. Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé en Ile-de-France - Guide pratique [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CPTS-guide-2017.pdf>
36. Contribution à la transformation du système de santé - Rapport 2018 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000358.pdf>

ANNEXES

Questionnaire aux médecins généralistes :

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je réalise une étude sur les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes sur la mise en place et le suivi d'une Hospitalisation à domicile. Je vous invite à répondre à mon questionnaire qui ne vous prendra que quelques minutes.

Toutes les données recueillies seront anonymes.

Bien confraternellement et merci d'avance pour votre aide.

Etienne Bonnamy

I – EPIDEMIOLOGIE

1) Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous ?

- Moins de 35 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Entre 46 et 55 ans
- Plus de 55 ans

3) Quel est votre lieu d'exercice ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

4) Quel est votre type d'exercice ?

- Seul
- En cabinet de groupe

5) Depuis quand êtes-vous installé ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Plus de 15 ans

II – VOTRE EXPERIENCE AVEC L'HOSPITALISATION A DOMICILE

6) Combien d'hospitalisation à domicile organisez-vous par an ?

- Une seule
- Entre 2 et 3
- Plus de 3

7) Avez-vous déjà été le prescripteur d'une HAD ?

- Oui
- Non

8) Avez-vous déjà eu des conflits (avec le patient, les aidants ou l'équipe de soins) lors de la mise en place d'une HAD ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle raison ?

.....

9) Faites-vous des visites au domicile de patient en HAD ?

- Oui
- Non

10) Sont-elles différentes de vos visites habituelles ?

- Oui
- Non

Si oui, en quoi sont-elles différentes ?

.....

11) Participez-vous à l'astreinte de prise en charge pour vos patients en HAD ?

- Oui
- Non

12) La mise en place d'une HAD a-t-elle influencé la fréquence de vos visites ?

- Oui, elle a augmenté la fréquence de mes visites
- Oui, elle a diminué la fréquence de mes visites
- Non, elle n'a pas influencé la fréquence de mes visites

13) Avez-vous déjà été confronté à la prise de décision d'arrêt ou de limitation thérapeutique chez un patient en fin de vie à domicile ?

- Oui, j'ai pris la décision seul(e)
- Oui, j'ai pris la décision en concertation avec un ou plusieurs professionnels de santé
- Non

Si oui, avez-vous été mis en difficulté ? Et pourquoi ?

.....

III - DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE RENCONTREES

14) Avez-vous déjà eu des refus de prise en charge en HAD ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle raison ?

.....

15) Est-ce que l'HAD vous a mis en difficulté par rapport aux aidants dont vous êtes le médecin traitant (conflit, désaccord de prise en charge, etc.) ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

.....

16) Est-ce que l'HAD vous a mis en difficulté par rapport à vos correspondants habituels (spécialistes, infirmières, pharmacien, kinésithérapeute) ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

.....

17) Vous êtes-vous senti dépassé par des compétences que vous n'avez pas utilisées depuis longtemps ? (Chimiothérapie, prise en charge de la douleur, etc.)

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

.....

18) Avez-vous éprouvé des difficultés à joindre ou à communiquer avec les différents intervenants de l'HAD, lors de la prise en charge de vos patients ?

- Oui
- Non

19) Trouvez-vous que la charge administrative est trop complexe, trop chronophage ?

- Oui
- Non

20) Pensez-vous que votre accord doit être obligatoire pour la prise en charge de vos patients ?

- Oui
- Non

21) Selon vous, que faudrait-il faire pour améliorer la prise en charge de vos patients en HAD ?

Plusieurs réponses possibles

- Améliorer l'information et la formation sur les thérapeutiques lourdes utilisées
- Augmenter le nombre de places en HAD
- Diminuer la charge administrative
- Améliorer l'information sur les indications d'une HAD
- Améliorer la communication entre les différents intervenants
- Autre :

.....
.....

IV- Cadre réglementaire

22) Connaissez-vous les indications précises d'une HAD ?

- Oui
- Non

23) Connaissez-vous les nouvelles réglementations concernant l'HAD (possibilités de mise en place d'un SSIAD en HAD, prise en charge en EHPAD, etc.)

- Oui
- Non

24) Selon vous, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) doivent-ils intégrer les HAD ?

- Oui
- Non

Merci pour vos réponses.

Cordialement.

VU

NANCY, le **18 août 2020**

Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **21 août 2020**

Le Doyen de la Faculté de
Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11300C**

NANCY, le **31 août 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre
MUTZENHARDT**

RESUME DE LA THESE :

INTRODUCTION : Les différentes politiques de santé depuis 2005 orientent la médecine d'aujourd'hui de plus en plus vers la prise en charge du patient en ambulatoire. Les structures d'HAD sont un excellent outil alternatif à l'hospitalisation conventionnelle. Elles vont être amenées à se développer. Pour une coopération performante et efficace, il est essentiel de cibler les différentes problématiques pouvant freiner le développement de cette prise en charge.

MATERIEL ET METHODE : C'est une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale auprès des médecins généralistes libéraux installés en Normandie. Les données ont été recueillies via un questionnaire par courrier électronique.

RESULTATS : Après le recueil de 93 questionnaires, cette étude a permis de mettre en avant plusieurs difficultés rencontrées par les médecins généralistes, notamment, le manque de communication avec les différents acteurs de l'HAD, le manque de connaissance sur les indications de ce mode de prise en charge et les thérapeutiques utilisées au cours du séjour ainsi que le manque de place au niveau des structures locales.

DISCUSSION : Plusieurs solutions peuvent être apportées à ces freins, la valorisation de l'outil ADOPHAD, l'amélioration de la formation des internes et jeunes médecins avec notamment l'ouverture de terrain de stage, développer un outil informatisé afin d'améliorer la communication entre les différents acteurs de la prise en charge.

TITE EN ANGLAIS : Difficulties encountered by general practitioners when caring for a patient in hospital care at home : a descriptive study with a sample of general practitioners in Normandy

THESE : MEDECINE GENERALE Année 2020

MOTS-CLES : Hospitalisation à domicile, médecins généralistes, relation médecine ville-hôpital,

INTITULE ET ADRESSE

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de la Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex