



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>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2012

N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Céline EHLINGER

Le 08 octobre 2012

**LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU SEIN DE LA STRUCTURE
HOSPITALISATION À DOMICILE :
DE LA LÉGISLATION À LA MISE EN PRATIQUE
AU NIVEAU NANCÉEN EN 2012**

Examineurs de la thèse :

Mme C. PERRET-GUILLAUME	Professeur		Présidente
M. S. BRIANÇON	Professeur	}	Juges
M. M. KLEIN	Professeur	}	
M. G. THIBAUT	Professeur émérite	}	
M. F. RAPHAËL	Professeur honoraire	}	Directrices
Mme S. SIEGRIST	Docteur en médecine	}	
Mme C. DI SANTOLO	Docteur en médecine	}	

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission* « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission* « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission* « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission* « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
- Pierre BEY - Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN -
Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER -
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE -
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard
FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN -
Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT -
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE -
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN
- Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET -
Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN -
Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND -
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET -
Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

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

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

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

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI – Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE – Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY -
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY –
Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN
4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI
3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

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

Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteur Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY- Madame Ketsia HESS –
Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE -
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ -
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT -
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON -
Professeur Jacques POUREL - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME,
Professeur de Médecine Interne.

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

À Monsieur le Professeur BRIANÇON,
Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention.

Pour nous avoir fait l'honneur de participer à notre jury de thèse.
Nous vous en remercions vivement.

À Monsieur le Professeur Marc KLEIN,
Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques.

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

À Monsieur le Professeur Gilbert THIBAUT,
Professeur émérite de Médecine Interne.

Pour nous avoir fait l'honneur de juger notre travail.
Pour m'avoir permis d'accéder à un stage au sein de l'HADAN, ce qui a conduit à
l'élaboration de ce travail.
Veuillez accepter l'expression sincère de notre gratitude.

À Monsieur le Professeur Francis RAPHAEL,
Professeur honoraire de médecine générale

Pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse.
Pour votre enthousiasme communiquant à l'égard de la médecine générale durant les
différents cours suivis pendant mon internat.
Veuillez recevoir toute notre reconnaissance.

À Madame le Docteur Sophie SIEGRIST,
Médecin généraliste.

Pour m'avoir orienté dans notre travail.
Veuillez accepter mes remerciements.

À Madame le Docteur Cécile DI SANTOLO,
Médecin généraliste, médecin coordonnateur de l'HADAN.

Pour tes conseils de diplomatie, ta rigueur et ton soutien sans faille tout au long de
notre travail.
Pour m'avoir fait découvrir l'HAD durant ces six mois.
Reçois toute ma reconnaissance et mon amitié.

À mon Té d'am, qui a tant bien que mal essayé de me faire relativiser tout au long de ce travail ; à notre début d'année 2012 qui a été riche en émotions, en espérant que la fin le soit tout autant ! :-) Je t'aime.

À mes parents, votre soutien et votre amour indéfectibles au cours de ces interminables études m'ont permis incontestablement de me construire.

À Etienne Ehlinger, qui j'en suis sûre aurait ouvert et dévoré avec une curiosité passionnée tous mes livres de médecine.

Aux Barisiens et nos parties de Times up arrosées de Darjeeling.

Aux Dudus et à nos cohabitations à Durival.

À Gigi, Thibault, Aude, Mika, Julia, ... les autres ne m'en voulez pas le cœur y est!

À toute l'équipe de l'HADAN qui m'a fait passer un super stage... Catherine, Nadine, Laurence, Agnès, Hélène et ses cours express sur les CCAS entre autres, Elise, Julie, Marie-Pierre, Dominique, et évidemment Mohamed, Cécile et Monsieur Thibaut.

Au Docteur Kennel et au Docteur Lecocq, pour vos conseils et votre compagnonnage lors de mes premiers pas en médecine libérale.

Au Docteur Brizard, vous m'avez permis de finir ma thèse dans les temps ! Ce fût un réel plaisir d'apprendre dans la bonne humeur à vos côtés durant ces six derniers mois.

À tous les Meusiens, Vosgiens, Mosellans et Meurthe et Mosellans que j'ai rencontré au cours de ces trois années d'internat.

SERMENT

"Au moment d'être admise 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	p.17
I. INTRODUCTION	p.19
II. HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE	p.20
III. LES ASPECTS LÉGISLATIFS : rôle des médecins au sein de l'HAD	p.25
III.1. Concernant le médecin coordonnateur	p.25
III.2. Concernant le médecin généraliste	p.26
III.3. Concernant le médecin hospitalier	p.27
IV. LES ASPECTS ÉTHIQUES, DÉONTOLOGIQUES ET PRAGMATIQUES : la législation confrontée au quotidien du médecin généraliste	p.29
IV.1. Les aspects déontologiques et éthiques	p.29
IV.1.1. Le respect du souhait du patient	p.30
IV.1.2. La transition : des soins de support aux soins palliatifs	p.31
IV.1.3. Les soins palliatifs	p.32
IV.1.4. L'environnement social	p.33
IV.1.5. La continuité et la permanence des soins	p.36
IV.1.6. La formation médicale continue	p.37
IV.2. Les contraintes pratiques	p.38
Les critères médicaux envisageant à eux seuls une HAD :	
IV.2.1. Les soins palliatifs à domicile	p.39
IV.2.2. La prise en charge de la douleur	p.39
IV.2.3. Les traitements intraveineux	p.40
IV.2.4. L'administration et la surveillance d'une chimiothérapie	p.41

IV.2.5. La surveillance et la réfection de pansements complexes	p.42
IV.2.6. L'obstétrique	p.43
IV.2.6.1. L'anté-partum	p.44
IV.2.6.2. Le post-partum pathologique	p.44
IV.2.6.3. Le retour précoce à domicile après accouchement	p.44
IV.2.7. La surveillance post-opératoire	p.45
IV.2.8. La surveillance du nourrisson à risque	p.45
IV.2.9. La transfusion sanguine	p.45
IV.2.10. La surveillance d'aplasie	p.46
Les critères médicaux nécessitant une association pour permettre une HAD :	
IV.2.11. La nutrition	p.46
IV.2.12. La surveillance de radiothérapie	p.47
IV.2.13. Le suivi psycho-social	p.47
IV.2.14. Les soins de nursing lourds	p.47
IV.2.15. L'assistance respiratoire	p.48
IV.2.16. La rééducation orthopédique et neurologique	p.48
IV.2.17. L'éducation du patient et de son entourage	p.48
V. LA MISE EN PRATIQUE AU SEIN D'UNE HAD : l'exemple de Nancy	p.50
V.1. Le fonctionnement de l'HADAN	p.50
V.2. L'intégration du médecin généraliste au quotidien	p.52
VI. DISCUSSION AUTOUR DES PERSPECTIVES D'AVENIR	p.55
VI.1. Les réflexions au sein de l'HADAN	p.55
VI.1.1 Communication auprès des médecins généralistes	p.55
VI.1.2. Proposition d'une plaquette d'information	p.57
VI.2. La télémédecine	p.58

VI.3. La législation attendue	p.61
VII. CONCLUSION	p.63
BIBLIOGRAPHIE	p.64
ANNEXE.1 : INDICE DE KARNOFSY	p.68
ANNEXE.2 : PLAQUETTE D'INFORMATION : "Cadre légal de l'HAD : rôle et place de chacun, les bases de la collaboration médicale au sein de l'HADAN"	p.69

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP-HP: Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CAF : Caisses d'Allocations Familiales

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMS : Centre Médico-Sociaux

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

EFS : Établissement Français du Sang

EHPA : Établissement pour Hébergement de Personnes Agées

EHPAD : Établissement pour Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile

HAD : Hospitalisation À Domicile

HADAN : Hospitalisation À Domicile de l'Agglomération Nancéenne

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

JO : Journal Officiel

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PACS : Picture Archiving And Communication System

PCA : Patient Controlled Analgesia

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PUI : Pharmacie à Usage Interne

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

SSIAD : Services de Soins Infirmiers À Domicile

VAC : Vacuum Assisted Closure

I. INTRODUCTION

De nos jours, les patients souhaitent bénéficier d'une prise en charge optimale à la pointe du progrès. Ces soins se trouvent de plus en plus associés à une demande de médecine de proximité, axée sur la qualité de vie.

L'hospitalisation à domicile (HAD), allie technicité hospitalière et maintien dans l'environnement familial.

Cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle constitue une interface ville-hôpital intéressante.

Elle est pour les pouvoirs publics, une façon d'appréhender les problèmes économiques, démographiques et de vieillissement de la population française; et donc de maîtriser les dépenses de santé, thème incontournable dans notre pays.

Depuis 1957, et la création du premier établissement d'HAD en France, divers textes de loi ont permis de structurer et de développer ces services.

Les différents textes législatifs tendent à accorder une position centrale au médecin généraliste au sein de ce dispositif de soins.

Pourtant un sondage « Le Généraliste-FNEHAD » réalisé en 2008, montre que nombre de médecins traitants méconnaissent encore le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile, même si la plupart y ont des patients. Ils ne sont pas prescripteurs dans près de quatre cas sur cinq. (1)

De nombreuses études et thèses ont été réalisées ces dernières années pour comprendre quels étaient les freins à la prescription d'une HAD pour un médecin généraliste. Pourtant aucune nette majoration des prescriptions n'a pu être constatée malgré les discussions et propositions faites.

Il nous est donc apparu pertinent de reprendre le cadre légal de l'HAD et ses textes fondateurs, pour les confronter aux contraintes éthiques, déontologiques et pragmatiques que le généraliste peut rencontrer au quotidien.

La législation encadrant l'HAD peut-elle être un obstacle supplémentaire aux prescriptions d'HAD par les médecins généralistes ?

La retombée escomptée de ce travail, est de réaliser une synthèse qui résumerait le cadre légal de l'HAD et exposerait dans quelles mesures adapter les règles pour les appliquer au quotidien des médecins libéraux.

II. HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

La première évocation des soins à domicile apparaît entre 1789 et 1791. En effet, La Rochefoucauld-Liancourt, Président du comité de mendicité de l'Assemblée Constituante, pose le concept de retour à domicile pour les mendiants et indigents qui étaient placés dans les hôpitaux généraux. La France étant alors en pleine révolution, l'expérience ne parviendra pas à être mise en place. (2)

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

L'instauration d'une véritable hospitalisation à domicile est récente, elle ne date que d'un demi-siècle.

En 1945, à New-York, le Professeur Bluestone se trouve confronté à une surpopulation de patients et décide de suivre à domicile, certains de ses malades dont l'état de santé ne nécessite plus une surveillance continue. Ainsi est créée la première forme d'hospitalisation à domicile appelée le « Home Care », fondée sur le déplacement des médecins hospitaliers à domicile.

Au sein de ce système le médecin libéral est totalement absent.

En France, il faut attendre 1951, pour que s'ouvre le premier service d'hospitalisation à domicile, sur l'initiative du Professeur Siguier de l'hôpital Tenon à Paris. Celui-ci, est également confronté à un sureffectif de patients. Il travaille avec deux assistantes sociales, qui à l'époque sont aussi des infirmières. Dès le départ, ceci démontre l'importance de l'aspect social dans ce système.

En 1957 est créée l'HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), dont l'objectif premier est de désencombrer les lits d'hôpitaux. On parle déjà de la possibilité d'offrir au malade un relais de soins et de confort, tout en le réintégrant dans son milieu familial. Le principe d'une HAD basée sur la médecine libérale pour assurer la continuité des soins est d'emblée établie. L'HAD au sens moderne du terme vient alors de voir le jour.

L'année suivante, à Puteaux, le Professeur Denoix, directeur de l'hôpital Gustave Roussy à Villejuif, crée une seconde structure d'HAD. « Santé service Puteaux », une association privée à but non lucratif, initialement destinée aux patients souffrant de pathologies tumorales.

En 1961, au vu du succès de ces deux structures, la première convention relative à l'hospitalisation à domicile est signée entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et ces deux HAD. Les acteurs essentiels de l'HAD s'y trouvent déjà inscrits : médecin hospitalier, médecin traitant, infirmière, assistante sociale, aide-soignante et aide-ménagère.

L'HAD se développe alors dans d'autres villes.

Elle est reconnue officiellement par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Elle précise 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 ». Ainsi, l'HAD se positionne en prolongement d'une hospitalisation traditionnelle, et la prescription reste à la seule discrétion des médecins hospitaliers.(3)

Cette loi reprend le principe du Home Care en prévoyant le déplacement du personnel hospitalier au domicile.

En 1973 est créée la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) qui permet de réunir les différentes structures d'HAD publiques et privées à but non lucratif. On compte alors dix structures existantes.

En 1974, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) fixe, dans une circulaire, les règles de création et de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile. (4)

Toutefois, malgré cette reconnaissance juridique, l'HAD peine à trouver sa place dans le paysage sanitaire français et le début des années 1980 apparaît comme une période de stagnation relative, avec : une diminution du nombre d'entrées et du nombre de journées d'hospitalisation à domicile. (2)

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

Le décret d'août 1983, instaurant le financement des établissements d'HAD sur la dotation globale hospitalière, ajoute un frein à leur croissance. Une place d'hospitalisation à domicile ne peut être créée qu'en échange de la fermeture d'un lit d'hospitalisation traditionnelle.

Il semble alors exister, une certaine méfiance des hospitaliers face à ce nouveau mode de soins, qu'ils considèrent souvent comme une prise en charge de qualité inférieure.

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

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

En mars 1986, un premier barrage cède grâce à la circulaire du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale qui élargit le champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des patients, excepté les patients atteints de troubles psychiatriques.

« L'HAD recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être de nature et d'intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.»

En plus d'une augmentation du nombre des indications à l'hospitalisation à domicile, cette circulaire permet de poser l'indication d'hospitalisation à domicile en consultation externe. A présent, le mode d'admission n'est plus le seul prolongement d'une hospitalisation conventionnelle. (5)

En 1990, il existe 36 services d'hospitalisation à domicile en France.

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

Cette loi pose un cadre législatif clair en reconnaissant officiellement l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle : « Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade [...] des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes ». (6)
Ce texte prévoit également que l'hospitalisation à domicile s'intègre aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

Les conditions de fonctionnement des services sont précisées par le décret du 2 octobre 1992. (7)

La présence d'un médecin coordonnateur, chargé d'assurer le bon fonctionnement médical de la structure, est requise. S'en suivent aussi, la nomination d'un cadre infirmier pour 30 places autorisées, l'obligation d'avoir un auxiliaire médical pour 6 patients pris en charge, et pour la moitié au moins du personnel exprimé en équivalent temps plein, d'être titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier.

La permanence et la continuité des soins doivent être assurées 24h/24h et 7 j/7j.

Enfin, la demande d'admission d'un patient en hospitalisation à domicile n'est plus le seul fait du médecin hospitalier. Les médecins libéraux peuvent prescrire une hospitalisation à domicile après avis et accord du médecin coordonnateur de l'HAD.

Dans un souci de régulation du système de soins, toute création d'un lit d'hospitalisation à domicile entraîne la fermeture d'un lit d'hospitalisation traditionnelle.

Ce taux de change entrave le développement des structures d' HAD, par une apparente concurrence directe avec les services d'hospitalisation traditionnelle, auxquels elles restent cependant administrativement attachées.

L'ordonnance d'avril 1996, relative à la réforme hospitalière, introduit le concept de démarche d'accréditation, ayant pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins hospitaliers. (8)

L'hospitalisation à domicile s'individualise peu à peu au sein du système de soins. Le nombre de places progresse.

En 1999, on dénombre 68 structures d'HAD, offrant près de 3900 places. (9)

Le 30 mai 2000, une circulaire termine de définir le cadre de l'hospitalisation à domicile. Elle précise, la nécessité d'un projet thérapeutique clinique et psychosocial avec obligation d'une évaluation médicale au moins hebdomadaire par le médecin traitant. Des catégories de séjours sont définies en fonction du degré de dépendance (indice de Karnofsky), du type de soins et des modes de prise en charge prescrits. (9)

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et les relations entre les établissements de santé, le médecin traitant et l'HAD, le texte précise la répartition des rôles des différents intervenants: médecin traitant, médecin hospitalier, médecin coordonnateur, cadre infirmier, infirmier(e), aide- soignant(e).

Cette circulaire insiste tout particulièrement sur le fait que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, compte tenu des pathologies graves prises en charge en HAD, sont reconnues comme activités intégrales de l'HAD.

L'ordonnance du 4 septembre 2003, portant sur la simplification de l'organisation du système de santé, fait disparaître le taux de change.

Elle reconnaît également une place à l'HAD au sein du SROS de troisième génération, comme structure à part entière et non plus comme partie d'un service de médecine. (10)

Pour lutter contre les disparités, cette ordonnance stipule l'obligation de création de services d'HAD ou d'antennes d'HAD à partir d'établissements de santé de proximité et d'hôpitaux locaux.

La circulaire de février 2004 s'inscrit en complément des derniers textes, en précisant les principes généraux de prise en charge en HAD, ainsi que ceux relatifs à la périnatalité, pédiatrie et psychiatrie. (11)

La volonté politique de promouvoir l'Hospitalisation à Domicile se fait forte dans la circulaire de décembre 2006.

Le législateur y met en avant le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD.

Il en rappelle son fonctionnement, le rôle des différents acteurs au sein de la structure ainsi que celui de ses partenaires. Il insiste sur la nécessité du positionnement de l'HAD à l'échelon régional, positionnement favorisé par un cadre réglementaire assoupli. (12)

Un nouveau champ d'actions s'ouvre à l'HAD en 2007. Le décret de février, suivi de la circulaire du 5 octobre, l'autorise en effet à intervenir au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées, Dépendantes ou non (EHPAD ou EHPA), en précisant les règles du partenariat. (13)

La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, précise le rôle prépondérant de l'HAD dans ce contexte : « L'hospitalisation à domicile, en raison du statut d'établissement de santé de ses structures, est un acteur essentiel de l'organisation, au domicile, des soins palliatifs pour des patients en fin de vie ». (14)

En 2008, il existe 233 services d'HAD en France contre 123 en 2005, soit une augmentation de 87,80% en 3 ans. Le nombre de places a explosé en 3 ans, il est passé d'un total de 4500 places en 2005 à 8300 en 2008. (15)

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

Pour la première fois depuis sa création, l'HAD est reconnue comme « un mode d'hospitalisation à part entière et non plus comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle », comme le précisait Madame E. Hubert lors d'un discours aux journées nationales de la FNEHAD en 2009.

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

Les établissements d'HAD se voient offrir la possibilité d'accueillir en stage des internes en médecine.

L'HAD depuis longtemps visible au sein du paysage sanitaire français, y devient désormais incontournable.

Le nombre de places a atteint les 11 000 en décembre 2010, ce qui témoigne d'un développement important, mais encore éloigné des 15 000 places visées par le plan quinquennal « Solidarité-Grand Age » de juin 2006. (16)

À RETENIR :

L'hospitalisation à domicile évolue en France depuis maintenant près d'une soixantaine d'années.

Il a fallu attendre 1992, pour qu'un cadre législatif clair soit posé, que le rôle de chaque intervenant commence à être établi, et que le médecin généraliste puisse lui-même prescrire une HAD.

Un cap important est passé lorsqu'en 2003 le taux de change disparaît, et permet alors à l'HAD de se développer sans rentrer en concurrence avec les services hospitaliers.

Depuis 2009 et la loi HPST, l'HAD est considérée comme une hospitalisation à part entière.

III. LES ASPECTS LÉGISLATIFS : rôle des médecins au sein de l'HAD

Point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, l'HAD est une structure mixte qui utilise les compétences de ses propres équipes et les coordonne avec les interventions de professionnels extérieurs, tout en prenant en compte l'environnement sanitaire et médico-social.

La législation semble clairement exposer le rôle de chaque intervenant.

Nous verrons pourtant la difficulté qu'a chacun de se positionner par rapport à son confrère.

III.1. Concernant le médecin coordonnateur

Dès 1992, la présence d'au moins un médecin qualifié pendant les heures d'ouverture d'une structure est requise officiellement, dans le décret du 2 octobre. Son rôle et ses missions peuvent dès lors être établis. (7)

En 2000, des précisions sont amenées sur ses fonctions pour permettre un fonctionnement correct de l'HAD. Le médecin coordonnateur est responsable de la prise en charge globale du patient, il remplit donc un certain nombre de missions aussi bien médicales qu'administratives. (9)

- Il est l'unique référent médical de la structure et à ce titre émet un avis pour toute admission et sortie d'un patient en HAD, en s'appuyant sur le projet thérapeutique du médecin prescripteur de l'HAD.
- Il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient. Pour cela, il se doit d'assurer les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers.
- Il a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante.
- Il participe à l'évaluation de la qualité du service d'HAD.
- Il participe aux décisions stratégiques de la structure.

En 2006, grâce à la circulaire du 1^{er} décembre, le rôle du médecin coordonnateur est rappelé voir complété pour certaines missions. (12)

- Le médecin coordonnateur est recruté et salarié par le service d'HAD, ou mis à disposition par contrat avec un établissement de santé.
- Cette fois, il est clairement établi, que l'avis médical qu'il émet, pour une admission ou une sortie, se fait en totale concertation avec, à la fois le médecin prescripteur et le médecin traitant, et ce au regard de l'enquête médico-sociale qui aura été menée.
- Il ne prescrit pas, ne soigne pas et ne se substitue pas au médecin traitant, sauf dans le cadre de l'urgence, ou de la permanence de soins.
- Il reste cependant, le garant de la bonne exécution du protocole de soins, de son élaboration, et des éventuelles évolutions qui pourront y être ajoutées.
- Il coopère avec les services sociaux, qu'ils soient internes à la structure ou non, afin de ne pas négliger les aspects familiaux, professionnels, financiers et sociaux de l'accompagnement personnalisé.

- Il se retrouve, dans le cadre de la tarification à l'acte (T2A), responsable de la saisie de l'information médicalisée, et comme déjà cité dans la circulaire de 2000 : responsable de décisions stratégiques pour la structure, en collaboration avec le directeur, et de l'évaluation des critères de qualité.

III.2. Concernant le médecin généraliste

Le principe d'une HAD basée sur une médecine libérale est d'emblée établie lors de la création de l'HAD de l'AP-HP en 1957.

La sécurité sociale signe avec les deux établissements de l'époque une convention en 1961, dans laquelle le médecin traitant est aussi défini comme un des acteurs essentiels de l'HAD.

Du point de vue législatif, c'est en 1970, lorsque l'HAD est reconnue officiellement, que la présence du médecin traitant est aussi reconnue comme nécessaire à une prise en charge en HAD : « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile ... avec le concours du médecin traitant ». (3)

Bien que la nécessité de sa présence pour une prise en charge en HAD soit clairement posée, il faudra attendre plus de vingt ans pour que le généraliste ait la possibilité à son tour de prescrire une HAD. (7)

Le 30 mai 2000, les premiers textes sur son rôle apparaissent: (9)

- Le médecin traitant est choisi librement par le malade.
- L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord, au vu du projet thérapeutique, car il est le pivot de la prise en charge à domicile, il est responsable du suivi du malade, qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD.
- Il réévalue, avec l'équipe de l'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution, en lien, si besoin, avec le service hospitalier où a été hospitalisé le patient.
- Il décide de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel.

En 2006, la circulaire du 1^{er} décembre, rappelle les textes de mai 2000, et apporte en plus quelques formalités administratives à respecter. (12)

- Le médecin traitant accepte en amont l'hospitalisation à domicile, par signature d'un accord de prise en charge qui le lie avec l'équipe de soins du service d'HAD.
- Il participe au travail d'élaboration du protocole de soins piloté par le médecin coordonnateur.
- Les décisions de sortie d'HAD sont aussi précisées. Le médecin généraliste est sollicité par le médecin coordonnateur pour mettre fin à l'HAD, il lui est cependant possible de mettre fin à l'HAD avant terme s'il considère que celle-ci n'est plus adaptée à l'état de santé du patient.

III.3. Concernant le médecin hospitalier

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

Unique prescripteur jusqu'en 1992, le rôle du médecin hospitalier dans l'HAD évolue aussi à partir de cette date, avec l'apparition du médecin coordonnateur.

Il faudra attendre l'an 2000 pour que puissent être posées ses principales fonctions au sein de l'HAD : (9)

- Il participe au projet thérapeutique, transmet les informations médicales concernant son patient et s'engage à le suivre au niveau hospitalier et à le ré-hospitaliser si nécessaire.
- Par son rôle d'expert pour certaines pathologies et certains traitements complexes, le médecin hospitalier met à disposition les protocoles thérapeutiques nécessaires et participe à la formation des médecins traitants et du personnel soignant, par l'intermédiaire de l'HAD.

En 2006, une circulaire reprend de nouveau le rôle du médecin hospitalier au sein de l'HAD, en soulignant le fait que la collaboration doit nécessairement être renforcée.

En effet, ce circuit de prise en charge particulier, peut nécessiter parfois des allers-retours entre HAD et secteur hospitalier, et ainsi générer des pertes d'information et une rupture de prise en charge.

Pour pallier au maximum à cela, des conventions peuvent être passées entre les différentes structures, dans lesquelles les hospitaliers s'engagent au minimum, à réadmettre sans délai et dans le même service, un patient transféré en HAD.

Pour faciliter les relations, le service hospitalier se doit de faire participer l'équipe d'HAD dans le protocole de soin, et informer régulièrement le médecin coordonnateur de l'HAD et le médecin traitant de l'évolution du patient hospitalisé.

Le plus souvent un médecin correspondant et référent est désigné. (12)

À RETENIR:

La législation pose aujourd'hui un cadre clair mais minimaliste.

On retiendra la circulaire de 1992 qui pose l'obligation d'avoir un médecin coordonnateur dans chaque structure d'HAD, et la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une HAD.

Le médecin coordonnateur, en tant qu'unique référent médical de la structure HAD, est responsable de la prise en charge globale du patient, du point de vue médical et administratif.

Il émet un avis sur une admission ou une sortie. Il est le garant de la bonne exécution du protocole de soin, sans se substituer au médecin traitant.

Le médecin généraliste, pivot du système HAD, est responsable du suivi de son malade. Son accord est indispensable pour chaque étape de la prise en charge : inclusion en HAD, définition du protocole de soin, réévaluation des soins nécessaires, et sortie d'HAD.

Le médecin hospitalier participe au projet thérapeutique, et s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier.

Il ressort des textes, toute la complexité des prises en charge de patients en HAD : avec un médecin traitant responsable d'une prise en charge, un médecin coordonnateur qui est garant du bon fonctionnement de l'HAD, sur une prescription, le plus souvent d'un médecin hospitalier.

La difficulté essentielle étant de respecter la place de chacun en fonction de ses missions.

IV. LES ASPECTS ÉTHIQUES, DÉONTOLOGIQUES ET PRAGMATIQUES : la législation de l'HAD confrontée au quotidien du médecin généraliste

L'hospitalisation à domicile connaît depuis quelques années un essor important en raison, entre autres, des évolutions législatives et réglementaires la concernant.

Véritable outil à la disposition des médecins traitants, elle reste encore peu prescrite par les médecins de ville. (1)

De nombreuses thèses et études ont été réalisées pour essayer de mettre en évidence les freins et obstacles que les médecins généralistes pouvaient avoir au quotidien pour prescrire et utiliser une HAD.

Pourtant, malgré les discussions et les propositions faites pour essayer de solutionner ces problèmes, aucun changement majeur de prescription n'a été noté.

Selon le dernier rapport d'activité de la FNEHAD de 2010-2011, moins de 30% des entrées en HAD sont le fait des médecins libéraux. (16)

Certains médecins généralistes ont toujours des difficultés pour s'approprier l'outil HAD, alors qu'ils pourraient y trouver une aide pour certaines situations difficiles.

L'objectif de notre travail est de confronter le cadre légal de l'HAD aux contraintes éthiques, déontologiques et pragmatiques rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

Nous essaierons de voir comment l'outil HAD permet de respecter les engagements inhérents à la profession, qu'ils soient éthiques ou déontologiques, et comment il peut diminuer les contraintes d'une pratique libérale déjà très dense et variée.

Le travail se compose de deux parties.

La première regroupe les difficultés d'ordre déontologique et éthique que les médecins généralistes peuvent rencontrer au cours de leur exercice et auxquelles peuvent répondre les structures d'HAD au vu de leurs textes fondateurs.

La seconde regroupe les contraintes pratiques rencontrées par les médecins généralistes.

IV.1. Les aspects déontologiques et éthiques

Concernant les contraintes déontologiques, elles ont été mises en évidence à partir du code de déontologie médical, mis à jour le 8 mai 2012. (17)

Pour rappel, la déontologie (*qui vient du grec deon : ce qu'il faut faire*) est la norme, juridiquement obligatoire, la formulation de règles tournées vers le disciplinaire. Elle renvoie vers une contrainte imposée de l'extérieur, et qui appartient au domaine du droit. (18)

Concernant les contraintes éthiques, elles ont été intégrées à notre travail au sein des contraintes déontologiques.

En effet, la définition même de l'éthique est une réflexion sur la morale, juridiquement facultative et donc non codifiée, relevant d'un questionnement, d'une démarche positive et identitaire propre à chacun se rapprochant du « cas de conscience ».

Il ne nous paraissait donc pas adapté de confronter de façon isolée des réflexions éthiques à la législation. (18)

IV.1.1. Le respect du souhait du patient

Dans de nombreux travaux réalisés ces dernières années, le respect de la volonté des patients d'être soignés à domicile a souvent été mis en exergue.

Il est important pour les médecins généralistes d'accéder à ce souhait, surtout lorsqu'il s'agit de fin de vie. (19)

La conservation des repères environnementaux et familiaux paraît donc indispensable. (20)

Dans une étude réalisée en 2011, près de 91% des médecins interrogés attendent d'une prise en charge en HAD de pouvoir respecter le désir de leur patient d'être soigné à domicile. (21)

Selon le code de déontologie, « le médecin, est au service de l'individu et de la santé publique et exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » (17)

Les médecins généralistes étant, comme cité précédemment « au service de leur patient », le respect de leurs souhaits, en particulier ici, de recevoir des soins complexes à domicile, est au cœur de leur engagement déontologique.

Une réflexion éthique est à mener selon chaque cas.

Tant sur le plan moral que juridique, un contrat tacite unit le malade et son médecin. Ce contrat étant basé principalement sur l'autonomie et la fidélité de chaque partie. Le malade est libre de choisir son médecin, le médecin lui est libre de ses décisions et dispose d'une clause de conscience. (22)

Pour les médecins généralistes, une contrainte majeure va se poser lorsqu'un patient va nécessiter une hospitalisation, hors du cas d'urgence vitale, et qu'il la refuse.

Soit, il leur est possible de mettre en place rapidement l'intervention de leurs correspondants habituels (infirmières, kinésithérapeutes libéraux...), pour des soins qu'ils seront en mesure de gérer.

Soit, la situation clinique se trouve être trop complexe, et nécessite une coordination de soins.

L'HAD peut permettre de trouver une solution adaptée.

Elle répond aux besoins médicaux et sociaux des malades tout en respectant leur souhait de continuer de vivre le plus longtemps à domicile. (12)

Les structures d'HAD étant des alternatives à l'hospitalisation dans un établissement de santé avec hébergement, elles ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

L'intervention conjointe des paramédicaux libéraux et de l'HAD, permet aux médecins traitants d'accéder aux souhaits de leurs patients en leur évitant une hospitalisation traditionnelle.

IV.1.2. La transition : des soins de support aux soins palliatifs

Dans les maladies graves, lors de la transition des soins de support aux soins palliatifs, la préoccupation éthique première est le respect de la vie humaine, qui peut être discutée selon deux plans : soit du point de vue de la durée de la vie ou alors de la qualité de la vie.

Il se trouve que dans un pays de tradition déontologique comme le nôtre, les situations éthiques auxquelles sont confrontés les praticiens, les ont contraints à « teinter » leur morale déontologique visant la sauvegarde, de notions plus empiriques visant, le maximum de bien ou de bonheur et le minimum de mal ou de malheur, c'est-à-dire le confort. (22)

C'est ainsi, qu'ont été incorporées à un socle fondé sur le caractère sacré de la vie, et donc son prolongement, des notions se référant à la qualité de la vie : « le médecin doit...limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, ...des soins » (17).

Accepter de ne pas s'acharner est le signe d'une volonté de reconnaître l'homme qui meurt. (22)

Les engagements déontologiques sont désormais clairs, « ...(le médecin) doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie ». (17)

Pour cela, le moment du passage des soins curatifs à des soins palliatifs, doit être formalisé par une procédure collégiale, tenant compte des directives anticipées du patient ainsi que de l'avis de la personne de confiance. (17)

Cette démarche est aussi mise en évidence dans la loi Léonetti. (23)

Les contraintes pour réaliser ces engagements déontologiques sont multiples pour le médecin traitant.

D'une part il est souvent seul et isolé par rapport à l'hôpital, lors de décisions prises durant les réunions de concertation pluridisciplinaire hospitalière ; décisions qu'il doit par la suite soutenir alors qu'il n'a, pour la majorité des cas, pas été inclus dans la démarche initiale.

D'autre part, les liens humains et affectifs, créés avec le patient et sa famille, qui sont inévitables avec le temps, peuvent être contraignants et difficiles à gérer, lors d'une demande d'arrêt de traitement ou au contraire d'excès thérapeutique.

Lors d'une HAD, « le médecin coordonnateur...contribue par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient ...et assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans les traitements du malade... ». Ainsi un lien entre la ville et l'hôpital est assuré. (12)

En favorisant l'intégration du médecin traitant, l'HAD permet de diminuer ses contraintes.

De plus, les médecins généralistes peuvent trouver le soutien du médecin coordonnateur, plus accessible qu'un médecin hospitalier, pouvant se déplacer à domicile ; et avoir un avis dans cette phase de transition par un expert en soins palliatifs : « ...l'HAD développe en son sein des compétences propres, des expertises sur des disciplines particulières... ». (12)

Enfin, par ses obligations administratives en tant qu'établissement hospitalier, l'HAD demande à ce qu'une personne de confiance soit désignée, et éventuellement de poser des directives anticipées lorsque la situation s'y prête. Ce qui permet au médecin généraliste, ou à l'HAD de s'appuyer dessus lorsqu'une situation clinique se dégrade.

La collaboration avec l'HAD permet aux médecins traitants de poursuivre une prise en charge à domicile chez des patients en situation clinique limite, entre des soins curatifs et palliatifs ; et ce, dans le respect de la demande de leur patient.

IV.1.3. Les soins palliatifs

Devant une population vieillissante qui s'accroît, des places hospitalières de plus en plus difficiles à trouver dans l'urgence, et une diminution du nombre de médecins qui s'annonce dans certaines régions, les médecins traitants risquent de se trouver fréquemment confrontés à des questionnements éthiques et déontologiques tels que l'accompagnement d'un mourant.

La phase palliative est une autre étape délicate pour certains médecins généralistes.

L'accompagnement de celui qui meurt est avant tout une démarche de reconnaissance de la dignité du malade jusque dans les derniers instants.

L'Homme est un être de parole et de relation. La fin de vie doit donc être un accompagnement adapté et réfléchi, pour ne pas être des instants de solitude, d'angoisse et de souffrance.

Il faut pouvoir développer une gestion accrue de la douleur et se donner les moyens d'une présence de la famille et des soignants jusqu'aux derniers instants.

Cette réflexion vient recouper l'engagement déontologique que le médecin prend en début de carrière : « le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage », il doit « assister moralement » et « soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés », notamment « antalgiques et sédatifs ». (17)

Les principales contraintes que l'on peut retrouver face à cette situation, sont essentiellement organisationnelles. Pour respecter ses engagements, le médecin se doit d'être disponible jour et nuit pour réaliser un accompagnement optimal, faire des visites à domicile plus importantes en nombre et en durée que d'ordinaire. Cela peut rapidement devenir ingérable avec un exercice en cabinet et une vie de famille.

La mise en place de traitements de confort pour les fins de vie nécessite de plus, des connaissances spécifiques.

Pour que l'accompagnement moral, par la présence de la famille et des soignants se fasse jusqu'à la fin, le médecin se devra de faire des démarches administratives et sociales pour permettre le maximum d'aides humaines et financières. Le problème majeur est que cet exercice spécialisé et chronophage est contraignant pour le généraliste dans sa pratique quotidienne.

Pour finir l'accompagnement psychologique que le médecin réalisera, peut lui engendrer une surcharge émotionnelle, du fait essentiellement d'un exercice isolé ne permettant pas d'échanges sur le ressenti et la difficulté de la situation.

Les soins palliatifs font partie intégrante de l'HAD. (9)

Il s'agit de la prise en charge d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante dans le cadre d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. (24)

Ainsi, une équipe pluridisciplinaire, composée de médecins, d'infirmières, d'aides-soignantes, de psychologues, d'assistante sociale, de kinésithérapeute, de diététicienne..., intervient en collaboration avec les médecins traitants. Elle assure la continuité des soins la nuit et le weekend.

Elle permet la mise à disposition de médicaments spécialisés dont le patient peut bénéficier à domicile, en particuliers des anxiolytiques comme le midazolam, des antalgiques opioïdes avec une PCA (Patient Controlled Analgesia). (12)

Les psychologues et les assistantes sociales travaillant au sein de l'HAD peuvent, de par leur spécificité, soulager la charge de travail du médecin généraliste dans le cadre d'une prise en charge palliative. Le psychologue prend en charge l'accompagnement moral du patient et de sa famille, à domicile, sans frais, et ce avant et après le décès du patient. L'assistante sociale aide les familles dans les démarches sociales, autant que nécessaire.

L'échange autour de ces cas difficiles est aussi possible avec un collègue médecin 24h/24.

La collaboration entre HAD et médecins traitants permet donc aux patients, nécessitant des soins palliatifs, un retour à domicile.

76% des médecins traitants interrogés dans le cadre d'une étude menée en 2011 à Grenoble, attendent effectivement de l'HAD un travail en équipe pluridisciplinaire, et 60% d'entre eux, une rupture d'isolement. (21)

IV.1.4. L'environnement social

L'environnement social est un maillon important de la réussite de la prise en charge médicale complexe à domicile.

Comme mis en évidence dans le code de déontologie médicale, le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, « faciliter l'obtention pour le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit ». (17)

Cette charge administrative très spécialisée, et rapidement chronophage, vient se surajouter à une semaine de travail importante, estimée en moyenne à 52 voire 60 heures selon une analyse de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) sur le travail des médecins généralistes. (25)

Selon les besoins sociaux des patients, les interlocuteurs seront différents.

- L'activité des centres communaux d'action sociale (CCAS) est formulée de façon très large dans la loi du 6 janvier 1986 et dans le décret du 6 mai 1995.

Principaux acteurs de l'action sociale facultative, ils s'investissent dans les domaines touchant des personnes âgées et des personnes en difficulté.

La commune détient des compétences obligatoires qui sont listées dans le code de l'action sociale et des familles, dans celui de la sécurité sociale et dans celui de la santé publique. Certaines de ces compétences sont partagées avec d'autres organisations, par contre certaines relèvent exclusivement de la compétence de la commune.

Dans ces compétences obligatoires, on retrouve par exemple l'instruction des demandes d'aide sociale parmi lesquelles les demandes relatives à l'aide médicale de l'État ou l'attribution d'une aide-ménagère.

Les codes de l'action sociale et des familles et de la sécurité sociale définissent aussi certaines compétences facultatives : avec par exemple les actions en faveur des personnes âgées, la création de foyers, le portage de repas.

Il se dégage donc principalement 2 axes : l'instruction des demandes d'aides sociales, et une action générale de prévention et de développement social.

Pourtant comme le montre une étude monographique menée dans 4 communes de taille moyenne en 2006 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'action sociale des communes, leurs contraintes, et leurs ressources sont liées à l'histoire sociale et politique des territoires.

Les possibilités d'actions et la disponibilité des CCAS ne sont donc pas équivalentes d'une commune à une autre. (26)

- Le conseil général apparaît de plus en plus comme le partenaire incontournable des communes en matière d'action locale.

En son sein, différentes branches comme les centres médico-sociaux (CMS), ou la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), plus spécialisées et orientées vers le domaine médical pourront permettre par la mise en place d'aides, le maintien à domicile.

Ainsi pour les plus de 60 ans en perte d'autonomie, le CMS pourra par des actions collectives et individuelles faciliter le maintien à domicile : avec des aides telles que l'allocation personnalisée d'autonomie, le soutien aux aidants, l'accueil des personnes âgées.

Un complément par les caisses de retraite de chacun pourra en fonction être envisagé.

Pour les plus autonomes au-delà de 60ans, s'il y a besoin d'aide, une demande pourra être faite auprès de la caisse de régime général à laquelle le patient est affilié, ainsi que de sa caisse complémentaire.

Pour certaines personnes de moins de 60 ans en perte d'autonomie, on aura recours à la MDPH : qui a comme mission principale de permettre l'accès aux droits des personnes handicapées par l'octroi de prestations individuelles. (27)

Cela passe par l'information sur les dispositifs existants, l'évaluation des besoins de la personne et, par l'orientation et l'octroi des prestations pour les personnes éligibles.

Dans les cas où la précarité est un frein au maintien à domicile, le CMS a là aussi des possibilités d'intervention.

- Les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) et les associations sont également des partenaires essentiels, ces dernières étant plus ou moins complémentaires ou délégataires de domaines importants de l'action communale.

Un médecin généraliste peut donc se retrouver plus ou moins en difficulté selon les communes pour se faire seconder dans cette tâche.

Même s'il a la possibilité de faire appel à une assistante sociale de secteur ou à l'assistante sociale du service hospitalier dont son patient dépend pour déléguer ces tâches complexes, la surcharge de travail du médecin généraliste à elle seule, peut être un frein à la réalisation des démarches.

Ainsi, lors d'une prise en charge en HAD, le médecin ne se soucie plus de ce versant une fois l'analyse des besoins faite, il est informé des démarches et des aides mises en place.

Dans la pratique, c'est en effet ce qu'attendent les médecins généralistes, 70 % d'entre eux veulent que l'HAD leur facilite les démarches sociales. (21)

Ainsi, « l'HAD répond... aux besoins médicaux et médico-sociaux des malades », elle prend en compte l'environnement sanitaire et médico-social participant à la prise en charge éventuelle du patient que ce soit en amont ou en aval de l'HAD. (12)

En amont de la prise en charge, le service social évalue les possibilités du réseau familial et social, afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile. Le protocole de soins prend en compte les besoins d'aides supplémentaires : aide-ménagère, travailleuse familiale, garde à domicile...Cet aspect est réévalué périodiquement durant la prise en charge, et adapté selon les besoins à la sortie. (12)

Le partenariat des médecins généralistes avec l'HAD facilite les démarches sociales pour l'obtention d'aides, et ce dans l'intérêt des patients.

IV.1.5. La continuité et la permanence des soins

La continuité des soins, est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps. Cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins. (28)

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. (29)

Toutes deux sont des engagements déontologiques.

La différence se situe au niveau du caractère obligatoire de la continuité des soins : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée... ». (17)

Pour la permanence des soins, qui est basée sur le volontariat, l'article 77 du code de déontologie parle de « devoir du médecin de participer à la permanence de soins », malgré cela, elle reste basée sur le volontariat. (17)(29)

La mise en place d'une permanence des soins sur le principe du volontariat ne remet pas en cause l'application de l'article 47 du code de déontologie médicale, en application duquel le médecin qui refuse d'assurer la continuité des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Dès lors, le médecin qui n'est pas volontaire pour remplir la mission de permanence des soins doit, au titre du principe de continuité des soins qu'il doit à sa patientèle, s'assurer que ses patients seront bien pris en charge dans le cadre de la permanence des soins.

Une notion importante intervient en parallèle de la permanence et de la continuité des soins : « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés... » (17)

Au quotidien, le généraliste peut donc avoir des difficultés pour réaliser ces engagements déontologiques : s'il y a nécessité de réévaluer un patient ou de faire une visite à domicile non prévue et que ses consultations sont déjà surchargées ; s'il lui est difficile de trouver un remplaçant pour assurer la continuité des soins au sein de son cabinet.

Avec les prises en charge en HAD, certains médecins interrogés dans diverses études craignent une charge de travail accrue qui se surajouterait à leur exercice quotidien, mais aussi une nécessité d'être disponible à tout instant. (20)(21)

Il se trouve qu'un cadre légal s'applique à l'HAD, quant à ses obligations concernant la continuité des soins. « Selon l'article D.6124-309 du code de la santé publique, les structures d'HAD sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionnent 24h/24 et 7j/7 pour répondre à l'ensemble des besoins en soins des patients pris en charge. » (12)

Pour que les choses soient cadrées, les passages du médecin généraliste sont établis dans un protocole de soins : les médecins traitants, coordonnateur et le prescripteur de l'HAD « valident le protocole qui définit entre autres, le nombre et la fréquence des visites (du médecin traitant) ». (12)

En dehors des visites prévues par le protocole de soins, le médecin traitant continue d'assurer la continuité des soins. Mais si, comme définit ci-dessus dans l'article 47 du code de déontologie, le médecin est, pour des raisons professionnelles ou personnelles, dans l'incapacité de réaliser la continuité des soins, le médecin coordonnateur pourra, au titre de l'article D.6124-309 du code de la santé publique cité plus haut, répondre aux besoins du patient. (12)(17)

Afin de faciliter la continuité des soins, l'échange d'information entre les différents intervenants à domicile est indispensable. Dès 2000, la loi impose que cet échange se fasse sous la forme de dossier papier ou informatisé. (9)

La collaboration avec l'HAD permet aux médecins traitants d'avoir un suivi continu la nuit et le weekend, et un passage d'information claire avec un même interlocuteur.

IV.1.6. La formation médicale continue

La compétence du médecin est un élément indispensable au caractère éthique de la relation médecin-patient, une bonne volonté incompetente n'est pas éthique. C'est cette compétence qui assure la lucidité du médecin face à un cas. Pour le médecin, elle constitue une exigence personnelle du maintien de son niveau de connaissances, la formation médicale continue est une obligation éthique. (22)

« Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement...sauf ...dans les domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ». (17)

Pour respecter ces engagements, le médecin « se doit d'entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. ». (17)

Une contrainte majeure se pose pour les médecins généralistes. On leur demande de faire face à de nouvelles prises en charge, avec des situations complexes et des soins de plus grande technicité, la plupart du temps dues à des sorties d'hospitalisation de plus en plus précoces, du fait des politiques hospitalières actuelles.

Cela nécessite une adaptation de la formation médicale.

Les médecins généralistes devront prendre du temps pour se perfectionner sur des sujets particuliers, inhabituels dans leurs activités quotidiennes et concernant un petit nombre de leurs patients.

Selon une étude réalisée par le Dr Cuny en 2010, les prises en charge initiales en HAD génèrent une angoisse chez les généralistes, face aux situations complexes retrouvées nécessitant des connaissances spécifiques. (19)

Pourtant, malgré ces angoisses et les contraintes diverses, 50% des médecins interrogés dans une étude de 2011, souhaitent une acquisition de thérapeutiques et techniques hospitalières. (21)

L'HAD peut apporter cette formation.

L'HAD prend en charge des patients présentant des pathologies aiguës ou chroniques qui nécessitent des soins complexes ou des soins d'une technicité spécifique. (12)

Les équipes d'HAD ont naturellement un rôle de formation auprès des professionnels libéraux : infirmières, sages-femmes, médecins. Les structures d'HAD représentent des lieux de stages privilégiés. Ainsi le médecin coordonnateur exerce son rôle d'expert et de formateur comme défini dans ses missions. (12)

En faisant le lien entre la ville et l'hôpital, l'HAD s'associe avec certains services hospitaliers, qui mettent à disposition des procédures et protocoles thérapeutiques, ainsi que des formations à la fois pour le personnel soignant de l'HAD mais aussi pour les médecins traitants, et ce par le biais de l'HAD. (12)

On retrouve ainsi une complémentarité entre un médecin coordonnateur qui assure une transmission des protocoles hospitaliers, voir une formation en rapport si besoin, et un médecin traitant qui a l'expérience du terrain, la connaissance du patient, de son histoire, de son entourage et de son environnement.

La collaboration de ce binôme tend au bien-être du patient à domicile.

IV.2. Les contraintes pratiques

Le législateur a introduit dans les textes fondateurs de l'HAD des critères médicaux pour l'inclusion dans cette structure. Ces critères comprennent des soins complexes et continus qui nécessitent une coordination. Ils sont par définition spécialisés et chronophages.

Les patients concernés doivent pouvoir regagner leur domicile tout en continuant à bénéficier de ces soins.

Considérant les difficultés que les médecins généralistes peuvent rencontrer face à ces typologies de patients, les structures d'HAD ont été créées pour y répondre.

L'objectif a été de fournir aux médecins généralistes une structure pluri professionnelle médicalisée, sur laquelle ils pourraient s'appuyer pour poursuivre ces prises en charge.

Au sein de cette structure, les médecins généralistes trouvent alors un confrère avec lequel ils forment un binôme.

Les textes législatifs régissant l'HAD intègrent d'emblée les profils de soins prodigués aux patients. Ce sont des critères obligatoires pour toute inclusion en HAD, appelés modes de prises en charge.

Nous allons voir comment chaque groupe de soins génère des contraintes pour les médecins traitants, et comment le partenariat avec l'HAD peut les aider au quotidien, pour permettre à leur patient de retourner à domicile.

Nous nous sommes basés sur les modes de prises en charge relatifs à l'HAD, que le législateur a mis à jour en décembre 2011, pour mettre en évidence les contraintes pratiques rencontrées par les médecins généralistes.

Nous avons regroupé, les critères médicaux en deux groupes : ceux qui pouvaient à eux seuls envisager une HAD, et ceux nécessitant une association de pathologies ou de soins pour la permettre.

Les critères médicaux envisageant à eux seuls une HAD :

IV.2.1. Les soins palliatifs à domicile

Comme vu dans la partie précédente, l'organisation de soins palliatifs, entraîne pour les médecins généralistes des contraintes pratiques pour tenir leurs engagements éthiques et déontologiques.

Du fait d'une approche double : médicale et psycho-sociale, du patient et de son entourage, les médecins doivent se rendre plus disponibles et réaliser des consultations plus longues que d'ordinaire. Les aspects chronophages et spécialisés de ce type de prise en charge, qui peut nécessiter l'utilisation de thérapeutiques non disponibles en ville, peuvent handicaper les généralistes dans leur pratique.

L'organisation de soins palliatifs est obligatoire lorsqu'un patient en fin de vie est inclus en HAD. (12)

Elle représente 19.08% des séjours, ce qui en fait l'activité la plus fréquente en HAD. (16)

La législation autorise l'HAD à prendre en charge des patients ayant comme seul critère médical, la nécessité d'organisation de soins palliatifs.

Comme défini précédemment, lors d'une prise en charge en soins palliatifs, l'HAD fait intervenir une équipe pluridisciplinaire, avec des soignants ayant l'expérience de ce type de soins et met à disposition une pharmacie hospitalière ainsi qu'une astreinte soignante joignable 24h/24 et 7j/7. (12)

Cette prise en charge vise à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. (24)

Dans ces cas difficiles, les médecins traitants peuvent trouver dans la structure HAD, une équipe leur permettant d'accompagner leurs patients à domicile jusqu'à la fin, dans le respect de leur volonté.

IV.2.2. La prise en charge de la douleur

La douleur est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Les médecins généralistes disposent d'un panel de traitements antalgiques et d'associations possibles.

Pour la majorité de leurs patients, le traitement des douleurs aiguës ou chroniques, qu'elles soient par excès de nociception, d'origine cancéreuse ou mixtes, est maîtrisé.

Les médecins généralistes peuvent se retrouver face à deux situations problématiques.

La première, lorsque malgré l'essai de divers traitements, l'équilibre antalgique n'est pas optimal.

La seconde, lorsque leur patient hospitalisé souhaite un retour rapide à domicile et que l'équilibre antalgique est précaire et nécessite des dispositifs spécialisés.

Les contraintes pour les généralistes vont se situer essentiellement au niveau de l'utilisation des dispositifs spécialisés tels que les PCA en intraveineux, sous cutané ou intrathécale.

Ces dispositifs et leurs recommandations d'utilisation évoluent en permanence.

L'organisation à gérer autour de cette prise en charge est importante. Les médecins doivent se mettre en contact avec un prestataire pour la mise à disposition du matériel.

Une formation pour l'utilisation du matériel auprès de l'infirmière libérale qui en aura la charge ainsi que du médecin traitant lui-même peut être nécessaire.

La prescription de morphine ou d'oxycodone injectable est possible par les médecins généralistes, mais la mise à disposition de l'oxycodone en particulier, n'est possible qu'en pharmacie hospitalière, il faudra donc prévoir qu'une tierce personne puisse se rendre à l'hôpital pour chercher la prescription.

Cette prise en charge nécessite pour les médecins traitants, un investissement important en temps : du point de vue organisationnel pour la mise en place à domicile, mais aussi du fait de la nécessité d'une réévaluation pluriquotidienne de la douleur et du matériel, ainsi que de la formation nécessaire pour l'utilisation de ces thérapeutiques peu fréquentes en ville.

La nécessité de formation sur le maniement des antalgiques a été mise en évidence dans le travail du Dr Sauvage en 2010, 32% des médecins ayant répondu à cet item, souhaitaient une formation dans ce sens. (30)

Les textes de loi permettent la prise en charge de la douleur en HAD.

Pour cela, elle doit comporter une évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. (24)

Ce mode de prise en charge peut être le principal s'il y a utilisation d'une pompe PCA ou d'un autre injecteur programmable, dans les autres cas, il devra être associé à un autre mode de prise en charge.

En pratique, lors d'une prise en charge conjointe de la douleur entre l'HAD et le médecin traitant, les infirmières coordinatrices ont en charge de contacter les prestataires pour que soit mis à disposition le matériel.

S'il y a nécessité de mettre à jour les connaissances pratiques, l'HAD est présente dans son rôle d'expert et de formateur. (12)

Enfin, la mise à disposition de médicaments à délivrance hospitalière ne pose pas de souci. Vu le statut d'établissement hospitalier de l'HAD, et sa possibilité de disposer de pharmacie à usage interne (PUI), elle peut détenir et dispenser des médicaments d'officine et ceux réservés à l'usage hospitalier. (12)

L'HAD permet aux médecins traitants d'avoir un appui logistique, une réactivité dans le réajustement et l'adaptation des traitements antalgiques, et de parfaire leur formation médicale lors de ces prises en charge de la douleur.

IV.2.3. Les traitements intraveineux

Pour les médecins traitants, les traitements intraveineux ne sont pas des contraintes en tant que tel, ils peuvent y avoir recours et les gérer sans que cela leur pose de problème.

Les contraintes seront surtout de gérer des traitements inhabituels, car à délivrance ou prescription hospitalière, et d'en coordonner les soins.

Les antibiotiques à prescription hospitalière mais disponibles en ville, tels que les imipénèmes (TIENAM[®]), la pipéracilline et tazobactam (TAZOCILLINE[®]) vont nécessiter que le service hospitalier ait géré avec un prestataire la mise en place du matériel, que le passage des infirmières libérales soit organisé, que la surveillance des effets secondaires et des contrôles biologiques se fasse régulièrement. Tout cela nécessite une assez grande réactivité et disponibilité du médecin traitant pour faire le lien avec le service hospitalier pour d'éventuels changements de posologie et donc de nouvelles prescriptions.

Ce cas de figure semble tellement contraignant en ville, que des patients restent hospitalisés pour ce type de traitement.

Les antibiotiques tels que la vancomycine (VANCOCINE[®]), la teicoplanine (TARGOCID[®]), la daptomycine (CUBICIN[®]), les anxiolytiques comme le midazolam (HYPNOVEL[®]), les anticorps monoclonaux qui se développent comme l'eculizumab (SOLIRIS[®]), ou les protocoles par ilomédine en chirurgie vasculaire, qui sont à prescription et délivrance hospitalières exclusives, ne pourront pas quant à eux, être accessibles au médecin traitant seul.

Lorsque l'HAD a été créée, le législateur a permis que les traitements intraveineux soient un mode de prise en charge à part entière.

Pour cela, il faut mettre en place une antibiothérapie, un traitement antiviral ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autres, sur une voie veineuse. Ces traitements doivent nécessiter plusieurs passages infirmiers. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. (24)

L'HAD permet de coordonner des soins complexes formalisés selon un protocole, de faire le lien entre la ville et l'hôpital s'il y a nécessité de faire des changements de posologie. Le médecin coordonnateur permet de transmettre les avis d'experts hospitaliers ou d'apporter des réponses aux médecins traitants sur des molécules qu'ils n'utilisent pas. (12)

Les médecins généralistes peuvent, en utilisant l'HAD, permettre à leur patient de bénéficier de protocoles hospitaliers souvent longs, à domicile.

IV.2.4. L'administration et la surveillance d'une chimiothérapie

Les médecins généralistes sont confrontés aux traitements par chimiothérapie lors de la surveillance biologique avant ou après son administration, ou lors de certains protocoles qui permettent la prise per os à domicile.

Ces traitements appartiennent à des domaines hyperspécialisés de la médecine, dont les protocoles sont en constante évolution. Ils nécessitent une mise à jour très régulière des connaissances.

La contrainte principale se pose lorsqu'un patient se lasse, de faire des allers-retours à l'hôpital ou de subir des séjours hospitaliers, plus ou moins longs, loin des siens et que l'observance et la tolérance morale du traitement risquent d'en être altérées.

Les médecins généralistes, dans le cadre de leur pratique libérale, ne pourront accéder au désir de leur patient de bénéficier de son traitement lourd à domicile.

Depuis la définition des modes de prises en charge en 2000, le législateur a permis que des patients reçoivent pour certains protocoles, une chimiothérapie anticancéreuse à domicile (à partir de J2 pour l'azacitidine (VIDAZA®) ou le gemcitabine (GEMZAR®) par exemple, à l'HAD de Nancy).

La prise en charge d'une chimiothérapie anticancéreuse doit comporter : l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ; l'administration de la chimiothérapie (ou de l'immunothérapie à visée antinéoplasique) ; la surveillance médico-soignante des thérapeutiques administrées ; le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires correspondant au(x) jour(s) d'administration de la chimiothérapie. (24)

Il faut cependant garder à l'esprit, que certains protocoles de chimiothérapie ne pourront absolument pas se réaliser en dehors d'une hospitalisation traditionnelle.

Un autre mode de prise en charge est possible concernant les traitements par chimiothérapie.

Le patient reçoit son traitement dans un service hospitalier, mais écourte son séjour en bénéficiant de la surveillance post-chimiothérapie à domicile.

La prise en charge comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médico-soignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière, mais aussi les soins de cathéter, la surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle. (24)

Ces molécules, à prescription et à délivrance hospitalière, nécessitent une connaissance et une surveillance accrue des effets secondaires, cliniques et biologiques.

Le médecin coordonnateur dans son rôle d'expert et de formateur, communique aux médecins traitants les informations nécessaires à la surveillance de ce traitement. Il fait comme toujours le lien entre les spécialistes et les médecins généralistes, et organise les éventuelles réhospitalisations nécessaires. (12)

Les médecins traitants peuvent en collaboration avec l'HAD et les services hospitaliers, permettre à leur patient la poursuite de traitements lourds à domicile.

IV.2.5. La surveillance et la réfection de pansements complexes

La surveillance et la prescription de pansements d'escarres, de plaies variqueuses, de stomies font partie du quotidien des médecins généralistes.

Lorsque les plaies évoluent, de nombreuses contraintes peuvent apparaître pour les médecins généralistes.

La nécessité d'une surveillance très rapprochée peut être indispensable.

La prescription de protocoles de pansements adaptés nécessite une formation et des connaissances spécialisées.

Enfin, les médecins qui possèdent des compétences dans ce domaine, se trouvent limités dans leurs prescriptions, en particulier face à des pansements de type VAC (Vacuum Assisted Closure), qui nécessitent une prescription et une réévaluation régulière par un spécialiste. (31)

La législation concernant l'HAD permet que les patients, souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne, soient pris en charge. Ce mode de prise en charge concerne également le traitement des plaies par pression négative selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'évaluation de la douleur y est également incluse. (24)

L'HAD offre un appui aux médecins traitants.

Elle permet l'organisation des soins, la formation des infirmières libérales aux soins complexes qu'elles ne maîtriseraient pas, et le lien entre la ville et l'hôpital si un avis spécialisé est nécessaire. (12)

Le but étant de réduire la charge de travail incombant au médecin traitant s'il travaillait seul, par l'intervention de différents soignants.

La collaboration entre les médecins généralistes et l'HAD permet aux patients nécessitant une surveillance rapprochée et des soins complexes, ainsi qu'à ceux porteurs d'un dispositif hospitalier onéreux, de bénéficier de la continuité des soins dans leur environnement familial.

IV.2.6. L'obstétrique

Lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par un médecin généraliste ou autre gynécologue médical, sage-femme, durant les sept premiers mois de la grossesse ou par un obstétricien selon le choix de la femme. (32)

La surveillance de grossesse à risque et du post-partum pathologique, sont des domaines spécialisés auxquels les médecins généralistes sont peu, voire pas du tout confrontés, car le plus souvent pris en charge et suivis en milieu hospitalier.

Pourtant, les femmes enceintes en situation à risque pourront tout de même être amenées à les consulter pour d'autres problèmes médicaux.

La contrainte majeure pour les médecins généralistes, réside dans la nécessité d'adapter leur pratique et expérience, cliniques et diagnostiques à une patiente qui présente un suivi particulier.

La prise en charge en HAD est possible dans les grossesses à risque mais aussi en post-partum pathologique ou retour précoce à domicile après un accouchement.

Pour cela, l'établissement doit avoir un personnel spécialisé pour ce type d'activité.

IV.2.6.1. L'anté-partum

L'HAD permet de prendre en charge les femmes enceintes, immobilisées à domicile selon les conditions recommandées par l'HAS : l'hypertension artérielle préalable à la grossesse, l'hypertension artérielle gravidique, le retard de croissance intra-utérine, les antécédents de mort foetale in utero, d'hématome rétroplacentaire, d'éclampsie, de diabète préalable à la grossesse, de diabète gestationnel, de syndrome des antiphospholipides, de pathologie psychiatrique, de cholestase gravidique, de problèmes médico-psychosociaux, de menace d'accouchement prématuré, de placenta prævia.

Ce mode de prise en charge inclut le monitoring foetal externe avec télésurveillance et le passage d'une sagefemme au moins trois fois par semaine. (24)

IV.2.6.2. Le post-partum pathologique

Les textes permettent une prise en charge de la mère en HAD, lors de suites pathologiques à l'accouchement.

Cela regroupe, les difficultés de cicatrisation après césarienne, les désunions de cicatrice, les hématomes de paroi, les infections et abcès de paroi, les soins en rapport avec l'allaitement, les femmes présentant un périnée complet non compliqué, des difficultés sphinctériennes urinaires, une dépression du postpartum, mais aussi les primigestes de moins de 18 ans, les grossesses non ou mal suivies, les femmes isolées ou présentant des difficultés socioéconomiques, les mères dépendantes d'une drogue ou de l'alcool, victimes de violences, les mères obèses, ou présentant un diabète préexistant à la grossesse, les soins en rapport avec l'allaitement, les complications veineuses et enfin les grossesses multiples. (24)(33)

IV.2.6.3. Le retour précoce à domicile après accouchement

La prise en charge de la mère, consécutive à une sortie anticipée d'un établissement hospitalier, est possible en HAD, à J+1 ou J+2 s'il y a eu accouchement par voie basse, et jusqu'à J+3 après une césarienne.

Elle inclut les soins délivrés à la mère et au nouveau-né, tous deux en bonne santé. (24)

L'HAD permet aux médecins généralistes dans ces trois situations, de poursuivre la prise en charge de leurs patientes dans leur domaine de compétence, au sein d'une organisation formalisée et complémentaire avec la sage-femme, le gynécologue et l'HAD.

IV.2.7. La surveillance post-opératoire

La contrainte majeure pour le médecin généraliste réside dans la nécessité d'une réévaluation constante et quotidienne, en coordination avec l'infirmière libérale qui réalise la réfection des pansements, pour évaluer la cicatrisation, mais aussi surveiller les redons, la reprise de transit, et la douleur.

En HAD, ce type de prise en charge consiste à surveiller les sutures, les pansements et/ou la cicatrice dans les suites immédiates d'une chirurgie et pour une durée limitée. (24)

Le médecin généraliste peut donc en partenariat avec l'HAD suivre l'évolution post-opératoire de ses patients.

IV.2.8. La surveillance du nourrisson à risque

Domaine hyperspécialisé, la surveillance du nourrisson à risque ne fait pas partie du quotidien du généraliste.

Il en sera fait état ici à titre anecdotique, car même si la prise en charge est autorisée en HAD, seuls certains établissements, 207 en 2010 ont une activité pédiatrique, et tous n'ont pas une activité en périnatalité. (16)

Il est en effet nécessaire pour les établissements d'HAD d'avoir du personnel spécialisé qui soit dédié à cette activité.

Ce mode de prise en charge concerne le nouveau-né (âge inférieur ou égal à 28 jours), dont les indications de prise en charge peuvent être : la sortie précoce de nouveau-nés hypotrophes, le retour au domicile en cas de grossesse multiple, le contexte de maladie génétique ou métabolique nécessitant une prise en charge spécifique. (24)

IV.2.9. La transfusion sanguine

Prescriptions peu envisagées à domicile par les médecins généralistes, les transfusions sanguines représentent une faible part de l'activité des HAD sur la France, avoisinant 0.26% du nombre de séjours en 2010. (16)

La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment. (24)

Selon la définition du mode de prise en charge, un partenariat doit être établi entre l'HAD et l'Établissement Français du Sang (EFS) de la région, pour mettre à disposition un médecin transfuseur.

L'article R.4311-9 du code de la santé publique, permet à «un(e) infirmier(e) d'accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes d'injections et perfusions de produits d'origine humaine (...) à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment ». (34)

Toute la difficulté de la transfusion à domicile, réside dans le fait d'avoir un médecin disponible à proximité, si besoin.

Il semble dans ce cas évident que la surveillance ne peut être effectuée par le médecin généraliste, qui ne pourra être au domicile du patient plusieurs heures, délaissant ainsi sa consultation, ou être en consultation et se rendre rapidement au domicile s'il y a un problème.

Certains centres comme l'EFS de Lyon rendent possible cette activité et réalisent 800 transfusions à domicile chaque année, grâce à la participation de deux médecins transfuseurs. (35)

IV.2.10. La surveillance d'aplasie

Activité peu courante en libéral, la surveillance d'aplasie est permise en HAD mais représente une infime partie de l'activité : 0.28% des séjours en 2010. (16)

La prise en charge comporte: la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion). (24)

Les critères médicaux nécessitant une association pour permettre une HAD :

Isolés, ces modes de prises en charge, ne sont pas forcément vecteurs de contraintes pour les médecins traitants. Ils sont rencontrés au quotidien dans l'activité libérale. Cependant, leur association peut entraîner chez certains patients, une complexité et une charge de travail non négligeable pour le médecin traitant, car ce sont des prises en charge pluridisciplinaires, qui nécessitent une coordination et une permanence des soins.

IV.2.11. La nutrition

Pour la nutrition parentérale, la prise en charge fait référence à l'administration au patient de solutions binaires ou ternaires. Elle comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie d'abord, fourniture et maintenance du matériel, éducation du patient et de son entourage nécessitée par l'affection à l'origine de la nutrition parentérale). (24)

Pour la nutrition entérale, la prise en charge concerne des patients porteurs de sonde nasogastrique, de gastrostomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. Elle comporte une surveillance du patient, la maintenance des pompes et l'éducation du patient et de son entourage. (24)

À titre d'exemple, la nutrition parentérale et entérale fait partie lors d'une association avec les soins palliatifs d'une des dix combinaisons les plus fréquentes en 2010, avec respectivement 3% et 2.7% de part dans l'activité de l'HAD. (16)

La nutrition entérale se voit aussi souvent associée avec les soins de nursing lourds. (16)

IV.2.12. La surveillance de radiothérapie

La prise en charge comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires immédiats ou à court terme d'une radiothérapie (dermites, mucites, effets secondaires hématologiques, surveillance neurologique, effet antalgique): avec la gestion des réactions locales et la surveillance nutritionnelle. (24)

Ce mode de prise en charge peut se voir associé à n'importe quel autre, excepté aux soins palliatifs, aux prises en charge obstétricales ou à la surveillance du nourrisson à risque. (24)

IV.2.13. Le suivi psycho-social

Il s'agit du soutien psychologique ou social du malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).

Un suivi psychologique et social « de base » devant être assuré pour tous les modes de prise en charge, l'utilisation de ce mode de prise en charge nécessite l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social du fait d'une situation particulièrement complexe et consommatrice de moyens. (24)

Il est important de souligner que la prise en charge psycho-sociale est utilisée dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, pendant laquelle le motif et le suivi réalisé doivent être tracés dans le dossier du patient. (24)

IV.2.14. Les soins de nursing lourds

Ce mode de prise en charge comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des malades dépendants ou très dépendants, c'est-à-dire avec un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 50%, indice de référence utilisé en HAD (Annexe.1). Par « supérieure à 2 heures » on entend la durée de présence de l'équipe soignante, quelque soit son effectif. Les soins engendrés par la réalisation d'aspirations trachéales ou l'utilisation d'aérosols pluriquotidiens sont inclus dans les soins de nursing lourds. (24)

Les soins de nursing lourds, lors de leur association avec les prises en charge de pansements complexes par exemple, représentent 4% de l'activité totale de l'HAD. C'est ainsi la troisième des dix combinaisons les plus fréquentes en 2010. (16)

IV.2.15. L'assistance respiratoire

Ce mode de prise en charge concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite. Il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages, et également les soins éducatifs du patient et de l'entourage. Il inclut la ventilation invasive et non invasive. (24)

IV.2.16. La rééducation orthopédique et neurologique

Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec l'élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique ou neurologique. Le nombre de passages minimum est fixé à 3 ou 5 par semaine selon les cas. (24)

La rééducation neurologique en particulier, intègre les dix combinaisons les plus fréquentes en 2010, lorsqu'on l'associe aux soins de nursing lourds par exemple. Ils représentent alors à eux deux 2.8% de l'activité de l'HAD. (16)

IV.2.17. L'éducation du patient et de son entourage

Regroupant le suivi médico-soignant quasi quotidien et l'éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible dans des pathologies comme le diabète, l'asthme, les affections respiratoires, ce mode de prise en charge doit être formalisé sous forme d'un projet dans le dossier du patient.

Il inclut le changement d'une canule de trachéostomie. (24)

L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage se voit associer de manière transversale et homogène à l'ensemble des modes de prise en charge principaux. Cela confirme les missions spécifiques de l'HAD dans ce genre de domaine, ainsi que le caractère global des prises en charge qui la caractérise. (16)

À RETENIR :

Entre 1992 et 2006, les évolutions législatives ont permis de cadrer les pratiques lors d'HAD, et ont autorisé la réalisation de soins hospitaliers à domicile sous couvert du médecin coordonnateur de la structure et du médecin traitant du patient.

Les équipes d'HAD peuvent accompagner les médecins généralistes au quotidien, leur permettre de respecter des engagements éthiques et déontologiques inhérents à la profession, mais aussi de pallier à certaines de leurs contraintes pratiques.

La définition des modes de prise en charge en HAD par le législateur a permis aux médecins généralistes d'accéder aux souhaits de leurs patients, de recevoir des soins hospitaliers complexes à domicile, voir onéreux comme la VAC-thérapie, ou en perpétuelle évolution comme l'administration de chimiothérapie.

La coordination au sein de l'HAD permet la réalisation de soins nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

Les médecins généralistes peuvent au travers de l'HAD remplir ou parfaire leur devoir de formation continue en accédant à des soins et prises en charge qu'ils ne pourraient réaliser seul à domicile.

La collaboration avec un collègue médecin de la structure d'HAD permet d'échanger des réflexions et des questionnements éthiques autour des cas difficiles.

Le travail avec un établissement hospitalier comme l'HAD permet un accompagnement optimal du patient mourant, par la disponibilité et la qualification des équipes, mais aussi par les pharmacopées pouvant être disponibles au sein de la structure.

La continuité et la permanence des soins sont réalisées 24h/24 et 7j/7 par la même équipe de soins, connaissant le dossier du patient et son suivi. L'HAD vient en relais du médecin traitant.

Les démarches permettant l'obtention d'aides sociales font partie des prérogatives de l'HAD, elles sont réalisées par une assistante sociale de la structure et déchargent le médecin traitant.

V. LA MISE EN PRATIQUE AU SEIN D'UNE HAD : l'exemple de Nancy

Il existe à ce jour trois types de structures possibles pour représenter une HAD : publique, privée à but lucratif et privée à but non lucratif.

L'HAD de l'agglomération Nancéenne (HADAN) fait partie de cette dernière catégorie. Structure associative, régie par la loi de 1901, elle a été fondée en 2005 par le Centre Alexis Vautrin, la polyclinique de Gentilly et le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nancy.

V.1. Le fonctionnement de l'HADAN

L'HADAN possède l'autorisation pour gérer cinquante lits.

Elle a deux pôles d'activité : la médecine polyvalente adulte, et l'obstétrique, chacun avec son fonctionnement propre.

La médecine adulte compte approximativement une quarantaine de lits.

Les modes de prises en charge sont majoritairement : les soins palliatifs, les pansements complexes, les traitements intraveineux. (36)

L'obstétrique compte une dizaine de lits, l'activité principale est surtout la surveillance des grossesses à risque. (36)

L'intervention de l'HAD se réalise dans un secteur géographique défini. Les limites se situent à 30 minutes de trajet en voiture des locaux de l'HADAN ; le siège étant à Vandoeuvre-lès-Nancy. Les trois grandes villes marquant les limites de ce territoire, sont Pont-à-Mousson au Nord, Toul à l'ouest et Lunéville à l'est, avec Nancy au centre ; soit approximativement 340 communes couvertes.

La structure est bien desservie en axes routiers et autoroutiers, ce qui permet une facilité de déplacement contrairement à certaines HAD comme dans les Vosges par exemple.

L'équipe salariée est composée de :

- 1 directrice
- 1 président
- 2 médecins coordonnateurs
- 1 cadre de santé
- 3 infirmières coordonnatrices
- 5 infirmières de soins
- 6 aides-soignantes
- 2 sages-femmes coordonnatrices
- 1 assistante sociale à mi-temps
- 1 psychologue à mi-temps
- 2 secrétaires
- 2 internes en médecine générale, selon les semestres
- la possibilité de recevoir des étudiants infirmier, psychologue, assistante sociale, aide-soignant.

Toute demande d'entrée à l'HADAN se fait grâce à un formulaire faxé à la structure, dans lequel est précisé le motif d'entrée, les antécédents du patient, les traitements en cours, le pronostic et le protocole envisagé.

Si la demande émane d'un service hospitalier, le nom du médecin responsable doit être notifié, ainsi que le nom du médecin généraliste qui pourrait être susceptible d'accepter et de suivre le patient lors de l'HAD.

Les coordonnées d'une personne ressource sont aussi indispensables pour évaluer les possibilités de retour à domicile et le soutien que les proches seront en capacité d'apporter.

Pour les demandes faites par un médecin de ville, la structure s'adapte.

En effet, les demandes peuvent se réaliser par entretien téléphonique avec le médecin coordonnateur la journée, ou avec l'infirmière coordonnatrice qui est en première ligne lors des astreintes. Dès le lendemain, la demande est transmise au médecin de la structure qui reprend contact avec le généraliste pour proposer une évaluation et mettre au point un protocole thérapeutique.

Une fois toutes les informations prises, il sera demandé d'envoyer, sans urgence, le formulaire de demande d'entrée en HAD par fax ou mail pour avoir une trace dans le dossier médical du patient.

Avant la validation d'une entrée en HAD, un des médecins coordonnateurs et une infirmière coordonnatrice rencontrent en binôme le patient pour lui expliquer le fonctionnement de l'HAD et les possibilités de prises en charge à domicile.

Lorsque la demande vient d'un médecin traitant, la première rencontre de l'équipe d'HAD à domicile avec le patient peut se faire ou non avec le médecin demandeur selon son souhait.

La plupart du temps, pour une demande émanant d'un médecin généraliste, l'équipe s'arrange pour faire l'entrée en HAD le jour même de l'évaluation.

Pour le suivi médical, une visite hebdomadaire est préconisée, sans en imposer les conditions au médecin généraliste.

Il est d'usage lorsque les infirmières coordonnatrices passent au domicile d'un patient pour réévaluer le matériel manquant, qu'elles remplissent un questionnaire clinique standardisé, qui leur permettra d'alerter le médecin traitant et le médecin coordonnateur, sur d'éventuelles aggravations, et permettre ainsi d'adapter les soins.

Selon les prises en charge, le médecin coordonnateur peut être amené à réévaluer une situation difficile à domicile.

Lors des permanences de soins la nuit et le week-end, s'il y a nécessité d'une évaluation médicale à domicile, le médecin coordonnateur se met en relation avec SOS médecin. L'HADAN a passé une convention avec cette structure privée. Ainsi un médecin passe rapidement évaluer la situation, en général moins d'une heure après l'appel, il se met en lien avec le médecin coordonnateur pour fixer la conduite à tenir.

Pour tous les soins paramédicaux, l'HADAN faisait appel aux infirmier(e)s libéraux(les), jusqu'à il y a encore peu de temps.

Une équipe d'infirmières de soins salariées a été constituée. Elle intervient sur des soins, seule ou en collaboration avec les infirmier(e)s libéraux(les) du patient.

Etant à l'essai depuis mars 2012, leur intervention se réalise pour l'instant, sur un secteur géographique restreint autour de l'HADAN.

Pour que les transmissions médicales passent au sein de l'équipe de l'HAD, en particulier au décours des astreintes de nuit et de week-end, deux synthèses hebdomadaires sont organisées : une le lundi matin, une le vendredi matin.

Le point est fait sur chaque patient : l'évolution de l'état clinique, les traitements, les informations venant de l'hôpital, de la famille, les décisions prises par le médecin traitant.

Enfin, pour maintenir un contact avec le secteur hospitalier, les médecins de l'HADAN ont mis en place des staffs téléphoniques hebdomadaires avec les équipes médicales avec lesquelles ils ont le plus de patients en commun.

Ces staffs se déroulent le mardi matin avec une des équipes d'oncologie médicale du Centre Alexis Vautrin, mais aussi avec certains médecins nutritionnistes du CHU de Nancy.

Cela permet aux médecins hospitaliers de connaître l'évolution clinique à domicile, et de pouvoir anticiper une éventuelle hospitalisation si nécessaire.

V.2. L'intégration du médecin généraliste au quotidien

La communication permet l'intégration du médecin généraliste au sein de l'équipe de l'HAD et est essentielle pour une collaboration optimale autour du patient.

Plus cette collaboration sera facilitée, plus l'implication des généralistes et leurs prescriptions d'HAD pourront être à la hausse.

« ...lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés... » (17)

Au sein de l'HADAN, la communication avec le médecin généraliste se fait sous trois formes:

- L'entretien téléphonique.

Il permet une première prise de contact avec le généraliste.

Lorsque la prescription vient d'un centre hospitalier : avant que le patient ne rentre à domicile, la situation clinique et le projet thérapeutique sont systématiquement exposés au médecin traitant qui donne son avis et son accord pour le suivi en HAD.

Lorsque la demande vient du généraliste lui-même, il expose la symptomatologie de son patient, le protocole envisagé et voit avec le médecin coordonnateur si le projet est envisageable et réalisable à domicile.

Par la suite, les relations téléphoniques sont régulières, d'une part pour informer le médecin traitant de l'évolution clinique et sociale que l'équipe de l'HAD a pu recueillir, mais aussi pour discuter d'une évolution clinique difficile et des options thérapeutiques à prendre.

La communication par téléphone entre l'HADAN et le médecin généraliste est au moins hebdomadaire lors de la prise en charge d'un patient en soins palliatifs par exemple, ou lorsqu'un patient présente une infection qui évolue rapidement et qui nécessite des adaptations de traitement pouvant être discutées.

- Le courrier.

Principalement utilisés lors de l'entrée et de la sortie du patient comme dans toute structure hospitalière, des courriers peuvent être envoyés aux généralistes suite aux synthèses hebdomadaires organisées par l'HADAN. Ce cas se présente lors de situations chroniques qui ne nécessitent pas de déranger le médecin au téléphone, il a ainsi une trace écrite de l'évolution clinique de son patient.

L'exemple le plus adapté est lors de la prise en charge de patient porteur de VAC thérapie : un rapport est fait sur l'évolution de la plaie prise en charge par les infirmières, ainsi qu'une synthèse des consultations systématiques faites chez le médecin spécialiste qui a prescrit le pansement complexe.

À titre indicatif, le courrier d'entrée contient le résumé du protocole de soins avec la fiche d'admission en HAD et une convention pour l'accord de prise en charge, que le médecin généraliste doit retourner signée à la structure.

Le courrier de sortie confirme la date de sortie d'HAD du patient, sur laquelle les médecins généraliste et coordonnateur se sont mis d'accord par téléphone, ainsi qu'un résumé de l'hospitalisation et l'éventuelle orientation à la sortie, si le patient ne reste pas à domicile.

- La rencontre au domicile.

La rencontre avec le médecin traitant, peut se faire lors de l'entrée du patient en HAD, lors d'une évolution clinique difficile, ou dès que le médecin traitant en fait la demande.

Ce type de communication est sous utilisé, probablement du fait des emplois du temps surchargés des médecins traitants et coordonnateurs.

À RETENIR

L'HADAN est une structure hospitalière avec un statut privé associatif à but non lucratif, fondée en 2005. Elle a deux pôles d'activité : la médecine polyvalente adulte et l'obstétrique.

L'équipe soignante est composée du même personnel qu'à l'hôpital.

Selon les HAD, la communication diffère pour maintenir un lien avec les libéraux et l'hôpital.

Au sein de l'HADAN, des staffs téléphoniques hebdomadaires ont été mis en place avec certaines équipes hospitalières qui travaillent beaucoup avec l'HAD.

Pour intégrer le médecin généraliste au sein du suivi en HAD, différentes formes de communication sont utilisées et s'adaptent au souhait du médecin libéral : de l'entretien téléphonique régulier, aux courriers pour le suivi des patients chroniques, ou la rencontre au lit du patient lors de cas complexes.

VI. DISCUSSION AUTOUR DES PERSPECTIVES D'AVENIR

Selon la présentation réalisée en avril 2012 par Mme M.D Augustin, directrice de l'HADAN sur le bilan d'activité de l'HADAN en 2011, les prescriptions d'entrée en HAD par les médecins libéraux, se résument à 6% de l'activité de l'HADAN en 2011.

Le nombre d'entrées, hors réentrance, émanant des médecins généralistes est passé de 47 en 2010 à 29 en 2011.

Après 6 ans d'activité, l'HADAN est peu prescrite par les médecins traitants pour une prise en charge complexe de leurs patients à domicile. (36)

Il a donc été décidé de reprendre le travail de communication.

VI.1. Les réflexions au sein de l'HADAN

VI.1.1 Communication auprès des médecins généralistes

Début 2012, il a été décidé au sein de l'HADAN de recontacter les médecins généralistes de Meurthe et Moselle dont les communes sont couvertes par l'activité de l'HAD de Nancy.

Un courrier a été écrit, reprenant le mode de fonctionnement de l'HAD. Après relecture et validation du Conseil de l'Ordre des Médecins, ce courrier a pu être diffusé par voie postale. Initialement, le projet était de pouvoir distribuer et communiquer autour de ce document lors d'une soirée de Formation Médicale Continue (FMC), mais cela n'a pu être réalisé.

L'inconvénient est, que le retour sur ce mode de communication est faible. La forme d'envoi utilisée ne garantit pas la lecture, comme cela pourrait l'être lors de la diffusion d'information au cours d'une FMC qui s'accompagnerait d'une discussion et d'échanges autour d'un document qui servirait de support.

Afin d'améliorer la collaboration, la communication hospitalo-libérale et l'intégration du médecin traitant dans la prise en charge en HAD, plusieurs autres propositions peuvent être faites comme:

- Organiser des réunions avant la prise en charge en HAD pour établir le projet thérapeutique entre les hospitaliers, les libéraux et l'HAD, et discuter de la prise en charge à venir du patient.

Une formule proche a déjà été testée au sein de l'HADAN, en proposant une rencontre au domicile du patient entre le médecin libéral et le médecin coordonnateur, le jour de l'entrée en HAD.

Elle ne s'est pas généralisée et, progressivement elle a été abandonnée, devant les difficultés organisationnelles qu'avaient les médecins libéraux et les médecins coordonnateurs pour se rencontrer.

Il semble tout de même indispensable pour qu'un tel travail en équipe fonctionne et soit adopté par les médecins généralistes, qu'une rencontre physique se fasse, pour que le généraliste connaisse l'équipe soignante avec laquelle il va travailler.

Un travail pour promouvoir et développer cette formule serait donc à proposer.

- Convier officiellement les libéraux, aux synthèses hebdomadaires de l'HADAN.

L'idéal, et peut être l'utopie, serait que les médecins généralistes et les personnels paramédicaux libéraux participent à cette synthèse sur les patients. L'évolution du projet thérapeutique serait ainsi discutée conjointement par tous les intervenants médicaux et paramédicaux.

Pour l'équipe de l'HAD, cette synthèse est aussi parfois l'occasion de parler de certaines prises en charge qui les marquent et les affectent.

Cela semble difficile à réaliser régulièrement en présence des professionnels libéraux, en partie du fait de leurs emplois du temps surchargés.

À défaut d'une présence hebdomadaire des médecins généralistes en charge des patients en HAD, différentes formules pourraient voir le jour :

- inviter le médecin généraliste, lorsque la sortie d'HAD de son patient semble imminente.

Il pourrait réaliser, avec l'équipe de l'HAD, un bilan de fin de prise en charge : soulever les points qui lui ont posé souci et voir avec l'équipe comment y remédier lors d'une prochaine collaboration.

Connaître les méthodes et préférences de travail d'un généraliste pourrait être plus confortable pour l'équipe de l'HAD, mais aussi pour le médecin libéral afin d'éviter des intrusions de l'équipe dans son travail à un moment de la journée non opportun.

- proposer des réunions types FMC, trois à quatre fois dans l'année, aux médecins ayant eu des patients en HAD : d'une part pour parler de leur expérience, mais aussi pour faire le point sur les problèmes techniques qu'ils ont rencontrés.

Nous avons retrouvé dans le travail des Dr. Crotet et Jehenne en 2011, qu'une réunion annuelle entre médecins prescripteurs des établissements de santé de l'agglomération grenobloise, un membre du conseil de l'ordre et le médecin coordonnateur de l'établissement d'HAD avait déjà été réalisée.

Pourtant à ce jour, ce comité n'a, à priori, plus été réuni. Les retombées de cette initiative n'ont donc pas pu être évaluées. (21)

- Créer un dossier médical consultable en ligne par le médecin généraliste, à partir du dossier patient déjà informatisé à l'HADAN.
- Créer des groupes de paroles, à l'image des groupes BALINT par exemple.

Le Dr. Cuny mettait déjà en évidence dans son travail, qu'échanger, savoir écouter ses confrères, conseiller, permet de casser la solitude de l'exercice libéral, de progresser dans son exercice quotidien, mais aussi d'améliorer les relations entre l'hôpital et le monde libéral. (19)

- Améliorer l'accès à l'information sur l'HADAN.

En ouvrant aux externes les terrains de stage, déjà accessibles aux internes, ou en proposant aux internes cette formation en parallèle de leur stage chez le praticien, sur un mois, comme sont déjà possibles des formations à la Sécurité Sociale, en Protection Maternelle et Infantile (PMI), ou chez SOS médecin.

Cela permettrait aux étudiants de connaître le fonctionnement et les indications possibles d'une HAD pour pouvoir mieux appréhender l'ensemble des prises en charge possibles et ne pas se limiter aux soins palliatifs.

- Améliorer la formation pratique.

Pour se familiariser avec le matériel technique en cas de besoin comme les pompes à nutrition parentérale, les PCA de morphine (pour changer une dose de base ou un bolus), les seringues électriques ; le matériel étant propre à chaque structure, avec des dizaines de modèles existants pour un même produit.

Il est certain que le manque de manipulation fréquent du matériel nécessitera plusieurs séances de formation sur le même thème, car il peut arriver qu'un médecin traitant prenne en charge deux patients en HAD en même temps, comme il peut ne pas en voir pendant plusieurs mois.

Pour comprendre et connaître l'utilisation de certaines molécules en soins palliatifs par exemple, afin d'être plus à l'aise avec la prescription des traitements et savoir à quel moment il est judicieux de les utiliser.

Il est à noter qu'une association loi 1901, HADLOR, créée en 2003, participait à la formation des médecins et des paramédicaux pour l'utilisation de l'HAD. Elle développait aussi des partenariats avec les structures d'hospitalisation à domicile en devenir, favorisait l'échange d'expériences entre les différentes structures d'HAD, et tentait de relier au mieux les différents acteurs sanitaires et sociaux. (30)

A ce jour, cette structure n'existe plus faute de financement.

- Créer un poste au sein de l'HADAN, dont la mission serait de communiquer sur l'HAD.

VI.1.2. Proposition d'une plaquette d'information

Au cours de notre travail, le cadre légal de l'HAD a été détaillé.

Il nous a permis de mettre en évidence le rôle de chaque médecin intervenant, les prises en charge autorisées en HAD ; mais aussi, de quelle manière l'HAD permet au médecin

généraliste de réaliser certains de ces engagements éthiques et déontologiques, ainsi que de contourner certaines contraintes pratiques du quotidien.

Nous proposons ainsi une plaquette d'information reprenant les points les plus importants des textes régissant les pratiques de l'HAD. (Cf Annexe 2)

Notre plaquette, intitulée : « Cadre légal de l'HAD : rôle et place de chacun, les bases de la collaboration médicale au sein de l'HADAN », est composée de quatre parties, chacune basée sur un texte de loi ou sur le code de déontologie.

La première partie décrit l'HADAN comme une structure de coordination ; la seconde établit les rôles des médecins généralistes et coordonnateurs; la troisième reprend les modes de prise en charge nécessaires pour une entrée en HAD ; enfin la quatrième partie résume les engagements déontologiques que le médecin généraliste peut réaliser au travers de l'HAD.

Lors de l'étude des Dr. Crotet et Jehenne en 2011, il a été mis en évidence que la majorité des médecins interrogés, soit 57%, préférerait recevoir une information sous forme de plaquette.

Ce support présente l'avantage de pouvoir donner une information de manière synthétique tout en restant claire et précise mais a l'inconvénient de se perdre parmi d'autres documents.

Un quart des médecins interrogés souhaiterait que l'information soit donnée au cours d'une soirée de type FMC ce qui leur permettrait d'identifier l'équipe de l'HAD. (21)

Il serait donc intéressant de pouvoir présenter notre plaquette d'information lors d'une soirée FMC, avec un médecin et une infirmière coordonnatrice, pour échanger autour de ce document.

Par la suite l'envoi de la plaquette par courrier aux médecins dépendants du secteur de l'HADAN, permettrait de toucher ceux qui n'étaient pas présents lors de la FMC, et de faire un rappel aux autres.

Un travail pourrait être proposé à la suite de la présentation et de l'envoi de la plaquette, pour évaluer l'impact de cette plaquette d'information sur les prescriptions d'HAD par les médecins généralistes du secteur de l'HADAN.

VI.2. La télémédecine

La télémédecine est un des domaines de la télésanté comme les télé-services et l'e-santé.

Elle est officiellement née en France le 19 octobre 2010 par décret, suite à la loi HPST. Ce décret désigne par télémédecine, l'ensemble des « actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ».

La télémédecine se définit comme un acte médical à part entière et non comme un outil. (37)

On distingue cinq types d'actes :

- la téléconsultation, qui consiste à donner une consultation à distance ;
- la télé-expertise, qui permet à un professionnel de santé de solliciter l'avis d'un ou plusieurs confrères ;
- la télésurveillance, qui permet à un professionnel de santé d'analyser à distance les données nécessaires au suivi d'un patient et de prendre les décisions médicales qu'exige sa prise en charge ;
- la téléassistance qui permet à un professionnel de santé d'en assister un autre lors de la réalisation d'un acte ;
- la régulation médicale, type Samu.

Des outils comme la visioconférence, le stylo communicant, les terminaux communicants à domicile, les logiciels de dossiers partagés ou de plateforme de gestion, les capteurs, la biométrie, permettent l'entrée de la télémédecine dans les prises en charge en HAD.

Ainsi, certains projets de mise en contact à distance, ont déjà été testés, ou sont en cours d'étude, comme :

- la téléconsultation.

Une expérimentation nommée Visadom a été menée à Grenoble entre 1999 et 2001. Ce système de visiophonie était mis à la disposition du patient, qui était libre d'appeler l'HAD ou de répondre aux appels. Cette expérience a été couronnée de succès mais reste à ce jour à l'état de projet faute de financement. (38)

Expérimentée en France à l'hôpital Vaugirard, dans un service de gériatrie, depuis 2009, la mise en place de la téléconsultation a nécessité l'équipement d'une salle avec écran de télé-présence, équipements biomédicaux, une caméra, l'intégration du dossier patient au système informatique hospitalier et un PACS (Picture Archiving and communication System).

Ce système n'est pour l'instant pas applicable en l'état à domicile. (39)

- l'accès pour le médecin traitant au dossier du patient contenu dans le logiciel de l'HAD, ou la transmission en temps réel d'une information.

Certains outils sont encore à l'état de prototype ou ont été à l'essai : comme les terminaux communicants à domicile et l'exemple d'une valise prototype contenant un écran tactile, un stylet, un scanner, un fax, une webcam, une connexion, un portail et un serveur informatique inclus. (40)

A Lyon depuis 2003, est utilisé un terminal internet placé au domicile du patient, sur lequel tous les intervenants médicaux et paramédicaux peuvent se connecter pour aller sur une plateforme Web sécurisée, sur laquelle sont accessibles le dossier du patient, la gestion des stocks, la planification des interventions. Les retours sont très positifs. Le plus gros frein reste le coût du matériel pour l'informatisation au chevet du patient.

Le stylo communicant, a été expérimenté pour 4 patients, en septembre 2007 au sein de l'HADAN. L'objectif était de faciliter le retour d'informations rapide vers le système informatique de l'HAD (logiciel ALPHAD de CEIDRE). Plusieurs formulaires pouvaient être utilisés, pour l'identification du soignant, l'observation médicale, le compte rendu de visite de l'infirmière, les constantes.

La faisabilité technique a été validée, mais le côté organisationnel était à approfondir autour des usages, notamment vis-à-vis des professionnels libéraux : pour les médecins, il fallait trouver une valeur ajoutée aux informations envoyées ; pour les pharmaciens, il était nécessaire d'évoluer vers l'envoi d'ordonnance vers l'officine ou la pharmacie hospitalière pour préparer la livraison et éviter l'envoi de fax. (41)

A ce jour, le concept n'est plus utilisé.

A noter que le stylo communicant, a aussi été expérimenté à Angers, et serait toujours utilisé pour la réalisation des ordonnances.

Des travaux ont été repris en 2010, pour associer stylo numérique/papier communicant à un portail web sécurisé pour le partage et le traitement de données. (42)

- la télésurveillance et le télé-monitorage, pour un médecin généraliste en journée, ou pour l'équipe de l'HAD lors de la permanence des soins.
- la réalisation de la télé-expertise, en fournissant au médecin spécialiste associé à la prise en charge toutes les informations nécessaires à une décision.
- la réalisation des échanges à distance entre libéraux et l'HAD, en particulier lors des synthèses hebdomadaires.
- la télétransmission des prescriptions médicales réalisées directement à la pharmacie.

A noter qu'au-delà de la simple télétransmission d'ordonnance, la sécurité sociale espère pouvoir lancer à l'horizon 2014 l'e-prescription et donc la dématérialisation de toute ordonnance, rendue possible par la loi de réforme sur l'assurance maladie en août 2004. (43)

La télémédecine permet d'une part d'assurer un suivi rapproché du patient à domicile, mais aussi à des professionnels distants entre eux de communiquer autour d'un patient, dans des conditions de sécurité optimales.

Cet acte médical est encadré par la loi du 4 mars 2002, qui a défini la notion d'hébergement de données de santé à caractère personnel, données qui doivent être stockées chez des hébergeurs agréés; et la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel. (44)(45)

Les technologies de l'information et de la communication en santé permettent aujourd'hui, sous réserve que la couverture réseau soit optimale, d'assurer un grand nombre de services.

Il existe cependant plusieurs points à développer, comme la création de normes applicables à tous les intervenants, mais aussi la nécessité de créer des référentiels sur l'usage de ces technologies pour en encadrer les pratiques et éviter des dérives préjudiciables, comme la déshumanisation des prises en charge.

Il faut donc encourager et accompagner les établissements et services, mais également les professionnels libéraux à s'équiper pour pouvoir s'inscrire dans cette dynamique.

Enfin, il paraît indispensable de renforcer la couverture réseau du territoire, en priorité dans les zones où les populations sont les plus isolées, les plus fragiles car âgées, et dans lesquelles la démographie médicale est la plus problématique, car c'est bien évidemment dans ce genre de situation que la télémédecine en HAD prendra tout son sens. (46)

Le développement de la télésanté en HAD est encore balbutiant mais les perspectives sont réelles, sous réserve que les financements soient adaptés à ces investissements d'avenir.

VI.3. La législation attendue

Depuis le début des années 2000, l'accès à l'HAD a connu une accélération, de par la définition des modes de prise en charge mais aussi en autorisant les interventions en EPHAD.

La consécration arrive en 2009 avec la loi HPST qui considère dorénavant l'HAD comme un établissement hospitalier à part entière.

Et le médecin généraliste dans tout cela ?

La législation relative à l'HAD place le médecin généraliste au centre de la prise en charge en HAD, depuis 1992. Entre temps, des textes sont venus conforter le rôle que prenait le médecin généraliste au sein de l'HAD, mais sans grande nouveauté.

Bien que nous ayons démontré tout ce que l'HAD peut apporter au médecin généraliste au quotidien, il est clair que l'HAD n'est pour l'instant pas en première ligne dans l'activité du médecin libéral.

En plus d'un défaut de formation et de communication sur l'HAD, on note un manque de référentiels identifiant le champ d'action du médecin généraliste, ce qui met sans doute en porte à faux le médecin généraliste entre le milieu libéral et hospitalier qu'il côtoie.

Le paradoxe soulevé par le Dr Hubert, présidente de la FNEHAD, fin 2011, est que : « (l'HAD) bénéficie d'une reconnaissance juridique et existentielle mais sur le terrain, nous sommes face à des problèmes opérationnels. ». (47)

De nouvelles réglementations semblent donc nécessaires pour dicter précisément l'action possible de chaque intervenant : le médecin généraliste, avec son activité libérale, intervenant au sein d'une structure hospitalière ; et l'HAD, définie clairement comme une structure hospitalière mais qui reste virtuelle car intervenant au sein du domicile d'un patient.

À RETENIR

Le travail de communication et d'information auprès des généralistes ne peut pas être considéré comme acquis.

L'HADAN a repris dès 2012 son travail de communication.

Des propositions pour améliorer le contact entre le milieu libéral et hospitalier ont été faites, il reste à évaluer leur efficacité une fois leur mise en pratique.

Il est important que chaque structure locale s'implique dans la communication auprès du généraliste et développe des moyens pour faciliter l'exercice en HAD.

Des formes de communication comme la télémédecine sont en pleine expansion et sont l'avenir pour ce type d'exercice.

Le financement, l'équipement des cabinets libéraux, et la couverture du réseau risquent cependant d'être problématiques pour permettre un accès à tous les généralistes.

Les volontés locales et les nouvelles technologies ne permettront une amélioration de la communication entre le monde libéral et hospitalier que si l'encadrement législatif est mis à jour en parallèle des pratiques.

VII. CONCLUSION

Un système de soins tel que l'HAD est l'avenir pour notre société, où les places à l'hôpital commencent à faire défaut, où les dépenses de santé sont de plus en plus difficiles à gérer, et où la qualité de vie des patients doit aller de pair avec la qualité des soins.

Le médecin généraliste est le rouage essentiel au bon fonctionnement de ce système et à son développement.

Pourtant, l'HAD n'est pas une prise en charge courante pour les médecins libéraux.

Comme décrit dans notre travail, le cadre légal de l'HAD permet aux médecins généralistes d'utiliser l'HAD comme un outil, pour réaliser leurs engagements éthiques et déontologiques, mais aussi pour les aider à pallier à certaines des contraintes pratiques quotidiennes du monde libéral.

Il y a donc un bénéfice certain à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes.

Les textes législatifs relatifs à l'HAD posent le rôle et la place que chacun doit tenir dans une telle prise en charge, mais des difficultés persistent en particulier dans le fait de respecter la fonction de chacun.

La législation sur l'HAD peut faire partie des obstacles à la prescription par les généralistes : d'une part du fait du manque de communication sur le cadre légal de ce système de soins, mais aussi par un manque des textes législatifs sur les fonctions de chaque médecin.

Il sera donc indispensable de développer localement des projets de formation et de communication pour permettre aux différentes structures d'HAD de s'étendre et de s'ancrer dans les pratiques courantes des médecins généralistes au niveau national.

Des évolutions législatives seront nécessaires pour définir clairement la place que chaque médecin doit tenir, afin de permettre une bonne entente entre le monde libéral et hospitalier, et tendre vers une collaboration encore plus étroite.

Ainsi, au travers de l'HAD, le médecin généraliste permettra à son patient d'accéder à une médecine de qualité dans un environnement qu'il apprécie. Il pourra l'utiliser pour dynamiser son activité, exercer une médecine plus technique, et pour certains sortir de l'isolement lié à l'activité libérale en réduisant le fossé creusé entre le secteur hospitalier et libéral.

BIBLIOGRAPHIE

1. PETTY F. Ce que les généralistes attendent de l'HAD! Le Généraliste. 28 novembre 2008 ; 2469 :14-16.
2. SENTILHES-MONKAM A. L'hospitalisation à domicile, une autre manière de se soigner. Paris : L'Harmattan, 2007, 260p. (Collection Pratique et Ethique médicales)
3. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JO, du 3 janvier 1971, p.67.
4. CNAMTS. Circulaire de principe n°207 du 29 octobre 1974 relative à l'hospitalisation à domicile : conditions médicales d'admission-conventions types-règlement d'intérieur.
5. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Circulaire n°141 du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements publics. JO, du 19 mars 1986, p.4621.
6. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JO, n°179 du 2 août 1991, p.10255.
7. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n°92-1102 du 02 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. JO, du 08 octobre 1992, p.13991.
8. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO, n°98 du 25 avril 1996, p.6320.
9. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.
10. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. JO, n°206 du 6 septembre 2003, p.15391.
11. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/0 n°44 du 4 février 2004 de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins définissant les modalités de prise en charge en HAD.
12. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.
13. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Circulaire n°DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

14. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
15. FNEHAD. Rapport d'activité de la FNEHAD 2008-2009, juin 2009. p5. [en ligne]. Disponible sur www.fnehad.fr (Pages consultées le 24/01/2012)
16. FNEHAD. Rapport d'activité de la FNEHAD 2010-2011, une année de consolidation et de transition. Regards sur l'hospitalisation à domicile, 11 octobre 2011. p38-44. [en ligne]. Disponible sur www.fnehad.fr (Pages consultées le 24/01/2012)
17. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE figurant dans le code de la santé publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112. Mise à jour du 8 mai 2012, Art. 2. 8. 11. 37. 38. 47. 50. 64. 70. 77. [en ligne]. Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr (Pages consultées le 16/06/2012)
18. RAYMOND A-E. Résumé d'éthique médicale en pratique : les cas de conscience du médecin généraliste par Baumann F. [en ligne]. 30 janvier 2003. Disponible sur www.infodoc.inserm.fr (Pages consultées le 7/02/2012)
19. CUNY F. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile. [en ligne]. Thèse de médecine. Nancy : Université Henry Poincaré Nancy 1, 2010, 164p. Disponible sur www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2010_CUNY_FLORENCE.pdf (Pages consultées le 17/01/2012)
20. JOSSEAUME J. Avantages et inconvénients de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile par le médecin généraliste. Thèse de médecine. Paris : Université Paris 5, 2008, 93p.
21. CROTET R, JEHENNE B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile. [en ligne]. Thèse de médecine. Grenoble : Université de Grenoble, 2011, 174p. Disponible sur dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/64/50/47/PDF/2011GRE15110_crotet_romain_et_jehenne_baptiste_1_D_.pdf (Pages consultées le 28/01/2012)
22. GOLD F, CHOUTET P, BURFIN E. Repères et situations éthiques en médecine. Paris : Ellipses, 1996, 239p. (Collection Sciences Humaines en Médecine)
23. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, article 5. JO, n°95 du 23 avril 2005, p.7089.
24. AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, décembre 2011, appendice F. 150p. [en ligne]. Disponible sur www.atih.sante.fr (Pages consultées le 20/03/2012)
25. LE FUR P, BOURGUEIL Y, CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles. IRDES, Question d'économie de la santé. juillet 2009 ; n°144. [en ligne]. Disponible sur www.irdes.fr (Pages consultées le 7/02/2012)

26. BELLAREDJ F, DOUARD O, POUCHADON M-L, VERETOUT A, ZAFFRAN J. Etudes et résultats, l'action sociale des communes de taille moyenne. DREES. 1^{er} octobre 2006 ; n°530. [en ligne]. Disponible sur www.drees.sante.gouv.fr (Pages consultées le 7/02/2012)
27. CONSEIL GENERAL. Inauguration de la maison départementale des personnes handicapées de Meurthe-et-Moselle, 22 juin 2012. [en ligne]. Disponible sur www.cg54.fr (Pages consultées le 26/06/2012)
28. REID RJ, MCKENDRY R, HAGGERTY J. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Ottawa : fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002.
29. DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins demandé par J.F Mattei. [en ligne]. 22 janvier 2003. Disponible sur www.sante.gouv.fr (Pages consultées le 9/02/2012)
30. SAUVAGE D. Hospitalisation à Domicile et médecins généralistes. [en ligne]. Thèse de médecine. Nancy : Université Henry Poincaré Nancy 1, 2010, 125p. Disponible sur www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2010_SAUVAGE_DELPHINE.pdf (Pages consultées le 17/01/2012)
31. HAS. Traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées. [en ligne]. Janvier 2011. Disponible sur www.has-sante.fr (Pages consultées le 20/04/2012)
32. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [en ligne]. Mai 2007. Disponible sur www.has-sante.fr (Pages consultées le 14/04/2012)
33. HAS. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. [en ligne]. Avril 2011. Disponible sur www.has-sante.fr (Pages consultées le 14/04/2012)
34. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article R.4311-9, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. [en ligne]. 8/08/2004. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr (Pages consultées le 10/04/2012)
35. CARRÈRE M-O, DEVAUX Y, HAVET N, MORELLE M, REMONNAY R, KANTE V. Hôpital ou domicile : choix d'un lieu de transfusion. Bulletin du cancer, 2008, vol 95, n°11, pp. 1-7.
36. AUGUSTIN M.D. L'HADAN en 2011 : rapport du bilan d'activité 2011. Assemblée Générale, avril 2012.
37. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine. JO, n°0245 du 21 octobre 2010.

38. NICOLAS L. Nouvelles technologies et hospitalisation à domicile. Les publications de l'alliance université entreprises de Grenoble, octobre 2011. [en ligne]. Disponible sur www.aueg.org/fichiers/Publications/2011.%20Nouvelles%20technologies%20et%20Hospitalisation%20a%20Domicile%20HAD%20-%20L.Nicolas.pdf (Pages consultées le 15/05/2012)
39. FNEHAD. Mission systèmes d'information, visite chez CISCO du 5 janvier 2010, V1 du 5 janvier 2010. [en ligne]. Disponible sur www.fnehad.fr (Pages consultées le 15/05/2012)
40. FNEHAD. Mission systèmes d'information, audition MHCOMM du 20 juillet 2011, V1 du 20 juillet 2011. [en ligne]. Disponible sur www.fnehad.fr (Pages consultées le 15/05/2012)
41. FNEHAD. Mission systèmes d'information, rencontre HAD de Nancy du 20 mars 2008, V1 24 mars 2008. [en ligne]. Disponible sur www.fnehad.fr (Pages consultées le 15/05/2012)
42. FNEHAD. Mission systèmes d'information, audition Kayentis du 8 juin 2010, V1 13 juin 2010. [en ligne]. Disponible sur www.fnehad.fr (Pages consultées le 15/05/2012)
43. HUNSINGER V. e-prescription, la fin programmée des ordonnances. Pharmaceutiques. [en ligne]. mars 2012. Disponible sur www.fnehad.fr (Pages consultées le 15/05/2012)
44. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et qualité du système de santé. JO, du 5 mars 2002, p.4118.
45. REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel et modification loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. JO, n°182 du 7 août 2004, p. 14063.
46. HUBERT E. Contribution de la FNEHAD au débat national sur la dépendance, juin 2011. [en ligne]. Disponible sur www.fnehad.fr (Pages consultées le 15/05/2012)
47. C G. L'HAD, un « paradoxe » pour Elisabeth Hubert. Le quotidien du médecin. [en ligne]. 2 décembre 2011. Disponible sur www.lequotidiendumedecin.fr (Pages consultées le 21/02/2012)

ANNEXE.1 : INDICE DE KARNOFSY

Capable de mener une activité normale	100 %	normal, pas de signe de maladie
	90 %	peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
	80 %	peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire	70 %	peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
	60 %	nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
	50 %	nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
	40 %	handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	30%	sévèrement handicapé, dépendant
	20 %	très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
	10 %	moribond, processus fatal progressant rapidement

ANNEXE.2 : PLAQUETTE D'INFORMATION

**"Cadre légal de l'HAD :
rôle et place de chacun, les bases de la collaboration médicale au sein de l'HADAN"**

HAD: structure de coordination

(cf.art 6121-4 du CSP) :

- lien ville-hôpital au niveau médical et paramédical
- coordonne et organise à domicile les prestations des différents intervenants, à partir d'un projet thérapeutique établi conjointement avec l'équipe hospitalière ou les médecins traitants

Rôle de chacun dans l'HAD

(circulaire du 01/12/06 relative à l'HAD) :

médecin coordonnateur :

- réfèrent médical de la structure
- avis sur admission et sortie
- responsable du respect du protocole de soins
- seconde le médecin traitant
- ne prescrit pas, sauf permanence de soins ou urgence

médecin généraliste :

- accepte ou pas le retour à domicile
- responsable du suivi médical, qu'il soit ou non prescripteur
- travaille en binôme avec l'équipe HAD

Critères médicaux obligatoires pour l'entrée en HAD

(mis à jour le 12/2011)

lorsque le médecin coordonnateur étudie une admission, il évalue si ces critères sont remplis.

1 critère = HAD envisageable

- Soins palliatifs
- Douleurs intenses stabilisées ou non
- Antibiothérapie IV
- Autres traitements IV
- Surveillance après/ pendant chimio (per os ou IV)
- Surveillance après intervention chirurgicale
- Surveillance et réfection de pansements complexes
- Surveillance et réfection de stomies compliquées

≥2 critères = HAD envisageable

- Nutrition : IV, GEP ou SNG
- Oxygénothérapie ou VNI
- Soins de nursing
- Suivi psychologique
- Suivi social
- Kinésithérapie orthopédique et neurologique (5*/semaine)

L'HAD est un outil permettant de réaliser les engagements déontologiques :

- ✓ soulager par des moyens appropriés, parfois non accessibles en ville
- ✓ accompagner un patient mourant
- ✓ assurer la continuité et la permanence des soins
- ✓ parfaire la formation médicale continue
- ✓ faciliter l'obtention d'avantages sociaux pour les patients

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Réalisation d'une revue de la littérature sur l'ensemble de la législation relative à l'hospitalisation à domicile (HAD), pour la confronter aux contraintes éthiques, déontologiques et pratiques du médecin généraliste dans son quotidien. Les réponses que peut apporter l'HAD sont mises en évidence pour chacune de ces contraintes.

Les pratiques de l'HAD de Nancy (HADAN) sont exposées à titre d'exemple. Des propositions sont faites pour améliorer la collaboration des médecins généralistes et coordonnateurs au sein de l'HADAN, avec entre autre, la proposition d'une plaquette d'information sur les pratiques de l'HAD à destination des médecins généralistes, et la mise en évidence des perspectives de développement des pratiques de télésanté.

TITRE EN ANGLAIS

General practitioner in hospital at home service: from legislation to practice in Nancy in 2012

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS :

Médecin généraliste, hospitalisation à domicile, législation, contrainte, éthique, déontologie, pratique, Nancy.

INTITULÉ ET ADRESSE :

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