



## 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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2012

N°5076

**THESE**

Pour l'obtention du grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

**Muriel HOFFMANN**

**Le 28 novembre 2012**

**PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES**

**UTILISANT L'HOSPITALISATION A DOMICILE**

**EN**

**ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**EXEMPLE MESSIN**

**Examineurs de la thèse :**

Mr Athanase BENETOS  
Mr Serge BRIANCON  
Mr Yves MARTINET  
Mme Sophie SIEGRIST

Professeur  
Professeur  
Professeur  
Docteur en médecine

Président de jury  
Juge  
Juge  
Directrice

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

**Assesseeurs :**

- 1 <sup>er</sup> Cycle :	Professeur Bruno CHENUUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 <sup>ème</sup> Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 <sup>ème</sup> 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
<b>Assesseeurs Relations Internationales</b>	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<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

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

**2<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

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

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Pierre BORDIGONI – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Ophthalmologie*)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Docteur Aude BRESSENOT

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)**

Docteur Damien MANDRY

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)**

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Madame Marie MACHOUART

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

**2<sup>ème</sup> sous-section (Médecine et Santé au Travail)**

Docteur Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Nicolas JAY

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteur Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Docteur Stéphane ZUILY

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Docteur Laure JOLY

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**3<sup>ème</sup> sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteur Elisabeth STEYER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**19<sup>ème</sup> section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

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

**65<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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)*



## **A notre maître et Président de Thèse**

Monsieur le Professeur A. BENETOS

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement.

Chef de service de médecine B, CHU Nancy

Professeur et cher maître,

Nous vous remercions tout d'abord d'avoir accepté la présidence du jury de notre thèse.

Merci de nous avoir écoutées, conseillées et dirigées dans ce long travail.

Nous avons été honorées de partager votre expérience dans les domaines de la recherche, de la gériatrie et de l'hospitalisation à domicile, qui nous ont permis de ne pas nous égarer tout au long de cette longue route qu'est la thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

## **A notre maître et juge**

Professeur Serge BRIANCON

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention.

Chef de service d'épidémiologie et d'évaluation clinique, CHU Nancy.

Professeur et cher maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Vous avez toute notre gratitude.

## **A notre maître et juge**

Monsieur le Professeur Yves MARTINET

Professeur de Pneumologie.

Chef de Service de Pneumologie, CHU Nancy.

Professeur et cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

## **A notre directrice de thèse et juge**

Madame le Docteur S. SIEGRIST

Médecin Généraliste au Ban Saint Martin (57)

Maître de conférences associée du département de médecine générale de la Faculté de Médecine de Nancy

Vous nous avez soumis ce sujet de thèse et en avez accepté la direction,

Vos enseignements nous ont guidés tout au long de notre travail,

Votre optimisme nous ont permis de surpasser les phases de doutes, votre passion et votre engagement dans l'HAD depuis des années nous ont été d'un grand soutien.

Nous vous remercions chaleureusement de votre accueil, de votre disponibilité et de votre patience, malgré les multiples appels au secours.

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail

A mes parents,

Depuis toujours, vous avez cru en moi.

Vous m'avez soutenue tout au long de mes études médicales, lors des bons moments comme des phases de déprime.

Vous êtes mes piliers.

Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon amour.

A ma sœur Florence,

Tu m'as inspiré ma vocation pour la médecine.

Ta joie de vivre permanente est une bouffée d'oxygène dans mon univers.

Merci.

A mon frère Jonathan et sa famille,

Merci d'avoir toujours été là pour moi, d'avoir su m'écouter quand j'en avais besoin.

A notre petit Loïc, tu es un rayon de soleil dans nos vies.

A mes amies, Laure et Aurélie,

Toutes les deux, vous avez toujours été là pour écouter mes jérémiades, me conseiller, me divertir dans les moments difficiles.

Vous m'avez soutenue et encouragée pour cette thèse,

Partager ces joies, ces doutes, ces peines avec vous m'a aidé à avancer.

Merci

A mes amies Anne Claire, Hélène, Stéphanie, Caroline, Bénédicte, Emilie, Claudia, Julie et j'en oublie

Nos moments ensemble sont source de joie et m'emplissent le cœur,

Nous avons tout traversé ensemble, et nous continuerons.

Merci d'être présentes.

A ma famille

A tous ceux que j'ai pu oublier

A Sophie Siegrist,

Votre enthousiasme et votre soutien ont été une aide précieuse.

Vous avez toujours cru en moi et m'avez donné l'opportunité de faire quelque chose de bien pour la médecine. Votre passion pour la médecine générale m'a guidé dans cette voie. Vous êtes l'exemple à suivre.

Je suis fière d'avoir été votre élève.

Aux Docteurs BIEVELEZ, BAUDOUIN, BINTZ et RICHTER,

C'est à vos coté que j'ai appris la vraie médecine libérale, loin du conformisme de l'hôpital.

Vous m'avez enseigné ce que la faculté n'enseigne pas : la patience, la réalité de la médecine de terrain, les relations médecins – patients, les joies d'être médecin traitant et bien d'autres choses encore.

Soyez-en remerciés.

Aux HAD de Lorraine,

Lors d'un autre travail, vous m'avez chacune accueillie dans vos structures, vous m'avez soutenue et cru en moi. Merci de votre gentillesse et de votre passion pour l'HAD.

Docteurs Christian HULLEN et Sylvie JESSER

Vous m'avez accueilli dans votre monde et ouvert les portes de l'HAD,

Votre sympathie et votre bonne humeur ont fait de mon stage chez vous un stage exceptionnel. Votre aide et votre disponibilité m'ont été précieuses pour mon travail de thèse

Votre motivation et vos efforts ont permis de grandes avancés, l'HAD vous doit beaucoup.

Au personnel de l'HADAM

Merci d'exister et de m'avoir accueillie chez vous. A vos coté, j'ai découvert une médecine plus humaine, plus proche des patients et de leur famille.

Dr AGRINIER et Dr SCHOKMEL, médecins épidémiologistes

Merci de votre aide et de votre disponibilité.

## *Serment d'Hippocrate*

*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 anatomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront 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. »*

# Sommaire

---

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>20</b>
<b>PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'HAD .....</b>	<b>21</b>
<b>1. L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD), UN MODE D'HOSPITALISATION A PART ENTIERE .....</b>	<b>22</b>
1.1. EVOLUTION DE L'HAD.....	22
1.1.1. De la naissance de l'HAD à sa reconnaissance officielle, un cadre réglementaire propice à son développement.....	22
1.1.2. Un paradoxe entre une forte croissance et une faible contribution à l'offre de soins .....	25
1.2. UN NOUVEAU MODE D'HOSPITALISATION .....	25
<b>2. FONCTIONNEMENT DE L'HAD .....</b>	<b>27</b>
2.1. CHAMP D'ACTION .....	27
2.2. LES INTERVENANTS.....	28
2.3. HOSPITALISATION EN HAD .....	30
2.4. FINANCEMENT .....	31
<b>3. FREINS ET FACTEURS DE DEVELOPPEMENT DE L'HAD <sup>(18)</sup> .....</b>	<b>32</b>
3.1. FACTEURS DE DEVELOPPEMENT .....	32
3.2. L'HAD A AUSSI SES LIMITES .....	34
<b>4. DEMOGRAPHIE DE L'HAD.....</b>	<b>36</b>
4.1. L'HAD EN FRANCE .....	36
4.1.1. Une répartition inégale .....	36
4.1.2. Répartition par âge et par mode de prise en charge .....	36
4.1.3. Analyse de l'activité en EHPAD .....	38
4.2. L'HAD EN LORRAINE.....	38
4.3. L'HAD DE L'AGGLOMERATION MESSINE (HADAM) .....	41
4.3.1. Présentation.....	41
4.3.2. Bilan d'activité 2010 .....	41
<b>PARTIE 2 : PRESENTATION DE L'HAD EN EHPAD .....</b>	<b>43</b>
<b>1. DEFINITION, CADRE LEGAL .....</b>	<b>44</b>
<b>2. LES INTERVENANTS .....</b>	<b>45</b>
2.1. LE MEDECIN TRAITANT EN EHPAD .....	45
2.2. LE MEDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD.....	46
2.3. LES INTERVENANTS PARAMEDICAUX.....	49
<b>3. FINANCEMENT DES EHPAD <sup>(22)</sup> .....</b>	<b>50</b>
<b>4. L'HAD EN EHPAD.....</b>	<b>51</b>
4.1. PRISE EN CHARGE HAD D'UN PATIENT RESIDANT EN EHPAD .....	51
4.1.1. Cadre légal .....	51
4.1.2. Fonctionnement.....	51
4.1.3. Financement de l'HAD en EHPAD.....	53



4.2.	FREINS ET ACCELERATEURS DE L'HAD EN EHPA(D) .....	53
4.2.1.	<i>Socio-économiques</i> .....	53
4.2.2.	<i>Une volonté politique</i> .....	54
4.3.	UN EFFORT MESSIN : LA CONVENTION TRIPARTITE (SAU – HAD – EHPAD) .....	55
4.3.1.	<i>Présentation et objectifs</i> .....	55
4.3.2.	<i>Cadre légal</i> .....	56
4.3.3.	<i>Protocole</i> .....	56
<b>PARTIE 3 : UTILISATION DE L'HAD EN EHPAD PAR LES MEDECINS GENERALISTES MESSINS.....</b>		<b>57</b>
<b>CONTEXTE DE L'ETUDE .....</b>		<b>58</b>
1.	<b>DEMOGRAPHIE MEDICALE EN LORRAINE .....</b>	<b>58</b>
2.	<b>AVENIR DE NOTRE SYSTEME DE SANTE .....</b>	<b>59</b>
2.1.	VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION .....	59
2.2.	UN RECOURS TROP FREQUENT A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE .....	60
3.	<b>PLACE DE L'HAD .....</b>	<b>61</b>
4.	<b>JUSTIFICATIF DE NOTRE ETUDE .....</b>	<b>62</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>		<b>63</b>
1.	<b>POPULATION ETUDIEE .....</b>	<b>63</b>
2.	<b>METHODE UTILISEE .....</b>	<b>65</b>
3.	<b>CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>66</b>
3.1.	PARTIE IDENTITE.....	66
3.2.	PARTIE HAD EN GENERAL .....	67
3.3.	PARTIE HAD EN EHPAD .....	68
4.	<b>DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>69</b>
5.	<b>METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>69</b>
<b>RESULTATS .....</b>		<b>70</b>
1.	<b>ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION REpondANTE.....</b>	<b>70</b>
1.1.	PROFIL DES MEDECINS REpondeURS .....	70
1.2.	CRITERE PRINCIPAL : UTILISATION DE L'HAD EN EHPAD .....	71
2.	<b>OBJECTIF PRINCIPAL : DECRIRE LE PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES UTILISANT L'HAD EN EHPAD .</b>	<b>72</b>
2.1.	INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT SUR UTILISATION DE L'HAD EN EHPAD.....	73
2.1.1.	<i>Profil des médecins utilisant l'HAD en EHPAD</i> .....	73
2.1.2.	<i>Lieu d'exercice</i> .....	73
2.1.3.	<i>Mode d'exercice</i> .....	74
2.1.4.	<i>Activité annexe</i> .....	74
2.2.	INFLUENCE DE LA FORMATION MEDICALE SUR L'UTILISATION DE L'HAD EN EHPAD .....	75
2.2.1.	<i>Formation médicale des médecins utilisant l'HAD</i> .....	75
2.2.2.	<i>Informations concernant l'HAD</i> .....	77
2.2.3.	<i>Connaissances de l'organisation de l'HAD</i> .....	79

2.3.	INFLUENCE DE L'EXPERIENCE PERSONNELLE SUR UTILISATION DE L'HAD EN EHPAD. ....	82
2.3.1.	<i>Description de l'utilisation de l'HAD par les médecins</i> .....	82
2.3.2.	<i>Evaluation des facteurs favorisant et des freins à l'utilisation de l'HAD</i> .....	83
2.3.3.	<i>Commentaires des médecins interrogés concernant l'HAD en EHPAD</i> .....	90
<b>3.</b>	<b>OBJECTIF SECONDAIRE : DECRIRE LA PART DES PATHOLOGIES RETROUVEES EN EHPAD POUVANT ETRE PRISES EN CHARGE EN HAD</b> .....	<b>92</b>
3.1.	PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE EN HAD .....	92
3.2.	FREQUENCE DES PRISES EN CHARGE ELIGIBLES A L'HAD AU SEIN DES EHPAD .....	93
<b>PARTIE 4 :</b>	<b>.....</b>	<b>94</b>
<b>DISCUSSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR</b>	<b>.....</b>	<b>94</b>
<b>1.</b>	<b>LE QUESTIONNAIRE</b> .....	<b>95</b>
1.1.	TAUX DE REPONSE .....	95
1.2.	AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES ENQUETES POSTALES.....	95
<b>2.</b>	<b>SYNTHESE DES RESULTATS</b> .....	<b>96</b>
2.1.	OBJECTIF PRINCIPAL : PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES UTILISANT L'HAD EN EHPAD.....	96
2.1.1.	<i>Caractère environnemental</i> .....	96
2.1.2.	<i>Expérience personnelle</i> .....	97
2.1.3.	<i>Aspect formation et information</i> .....	96
2.2.	OBJECTIF SECONDAIRE : DECRIRE LA PART DES PATHOLOGIES RETROUVEES EN EHPAD POUVANT ETRE PRISES EN CHARGE EN HAD .....	97
<b>3.</b>	<b>DISCUSSION DES RESULTATS</b> .....	<b>98</b>
3.1.	LA NECESSITE D'UN CHANGEMENT DES PRATIQUES MEDICALES .....	98
3.1.1.	<i>Population de répondants</i> .....	98
3.1.2.	<i>Une modification de la démographie médicale</i> .....	99
3.1.3.	<i>Une moyenne d'âge en hausse responsable d'un équilibre précaire</i> .....	103
3.2.	LA FORMATION MEDICALE CONTINUE EST INDISPENSABLE .....	106
3.2.1.	<i>Des médecins généralistes engagés dans la formation médicale continue</i> .....	106
3.2.2.	<i>« L'outil HAD » et son utilisation</i> .....	107
3.2.3.	<i>L'HAD en EHPAD est une avancée dans la filière de soin gériatrique</i> .....	108
3.2.4.	<i>Une dichotomie HAD –SSIAD encore difficile</i> .....	109
3.3.	L'EXPERIENCE PERSONNELLE CONDITIONNE LE RECOURS A L'HAD.....	110
3.3.1.	<i>Une utilisation récente</i> .....	110
3.3.2.	<i>La vision positive de l'HAD par les médecins généralistes</i> .....	110
3.3.3.	<i>Le recours à l'HAD en EHPAD reste hésitant</i> .....	111
3.3.4.	<i>Les avantages de l'HAD selon les généralistes interrogés</i> .....	112
3.3.5.	<i>Des freins modifiables</i> .....	116
<b>4.</b>	<b>BIAIS</b> .....	<b>123</b>
4.1.	BIAIS DE SELECTION .....	123
4.2.	BIAIS DE NON REPONSE .....	123
4.3.	BIAIS DE CONFUSION .....	123
4.4.	TAILLE DE L'ECHANTILLON ET VALIDITE DE L'ETUDE.....	124

<b>5. PROPOSITIONS.....</b>	<b>125</b>
5.1. DEVELOPPEMENT DE L'HAD SUR LES LITS TEMPORAIRES D'EHPAD.....	125
5.2. REALISER UNE ETUDE SUR LES MOTIFS D'HOSPITALISATIONS DES RESIDENTS D'EHPAD .....	126
5.3. PROMOUVOIR L'HAD EN EHPAD .....	126
5.4. DEVELOPPER UNE CAMPAGNE D'INFORMATION DE L'HAD AU NIVEAU DU GRAND PUBLIC ET DES PERSONNELS PARAMEDICAUX DES EHPAD .....	127
5.5. DEVELOPPER UN REPERTOIRE PARTAGE DES STRUCTURES D'HAD .....	128
 <b>CONCLUSION.....</b>	 <b>129</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	 <b>131</b>
 <b>ANNEXES.....</b>	 <b>135</b>
 ANNEXE1 : LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	 136
ANNEXE 2 : INDEX DE KARNOFSKY .....	137
ANNEXE 3 : MODES DE PRISE EN CHARGE HAD AUTORISES A DOMICILE ET EN EHPAD.....	138
ANNEXE 4 : DEFINITION DES MODES DE PRISE EN CHARGE AUTORISES EN HAD .....	139
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE .....	141

# Liste des Abréviations

---

<b>AS</b>	Aide Soignant(e)
<b>AGGIR</b>	(grille d') Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
<b>ALS</b>	Allocation de Logement à caractère Social
<b>APL</b>	Aide Personnalisée au Logement
<b>ATIH</b>	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>CNOM</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>DDASS</b>	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
<b>DESC</b>	Diplôme d'Etudes Complémentaires Spécialisées
<b>DGAS</b>	Direction Générale de l'Action Sociale
<b>DHOS</b>	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
<b>DIU / DU</b>	Diplôme (Inter) Universitaire
<b>DPC</b>	Développement professionnel Continu
<b>EHPA (D)</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)
<b>EV'HAD</b>	Hospitalisation A Domicile de l'Est Vosgien
<b>FMC</b>	Formation Médicale Continue
<b>FNEHAD</b>	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile
<b>GHT</b>	Groupe Homogène de Tarifs
<b>GIR</b>	Groupe Iso Ressources
<b>HAD</b>	Hospitalisation A Domicile
<b>HADAM</b>	Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Messine
<b>HADAN</b>	Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nanc�enne
<b>HADOV</b>	Hospitalisation A Domicile de l'Ouest Vosgien
<b>HCAAM</b>	Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
<b>HPM</b>	Hôpitaux Privés de Metz
<b>HPST</b>	(loi) Hôpital, Patient, Santé, Territoire
<b>IDE</b>	Infirmière diplômée d'Etat
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>KPMG</b>	réseau mondial de prestations de services d'audit, fiscaux et de conseil
<b>MCO</b>	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
<b>MP / MPC</b>	Mode de prise en charge
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SROS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile
<b>SSR</b>	Soins de Suite et Réadaptation
<b>T�A</b>	Tarifcation A l'Activité
<b>TVA</b>	Taxe sur la Valeur Ajoutée

# Introduction

---

Modalité d'hospitalisation à part entière, l'hospitalisation à domicile permet aux patients atteints de maladies graves, aiguës ou chroniques, et souvent poly pathologiques, d'être soignés chez eux.

Existant depuis 50 ans, ce mode d'hospitalisation évolue de manière importante depuis les années 2000, soutenu par des politiques incitatives. L'Hospitalisation à Domicile répond au souhait des patients d'être soignés à leur domicile, quel qu'il soit.

Le vieillissement de la population s'accroît avec en corollaire, le développement des pathologies chroniques et/ou dégénératives et l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie, nécessitant un hébergement dans des structures adaptées. Au vu de cette perspective, l'offre de soins et de services liés à la personne doit évoluer pour répondre à ces nouveaux besoins.

Le plan Solidarité Grand Age du 27 juin 2006 <sup>(1)</sup> fait de cette augmentation potentielle de la dépendance une priorité de Santé Publique. Cette politique volontariste a autorisé, depuis 2007, l'intervention des services d'Hospitalisation à Domicile au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Après 5 ans d'existence, le recours à l'HAD au sein des EHPAD reste hésitant, seules 2.7% des journées d'HAD correspondent à des patients résidents en EHPAD.

L'objectif de ce travail de thèse est de faire une évaluation en Lorraine, et plus particulièrement dans le secteur de l'HAD de l'agglomération messine, de l'utilisation de l'Hospitalisation A Domicile en EHPAD par les médecins traitants. Il nous paraît important d'élaborer le profil de ces médecins utilisant l'HAD en EHPAD afin de proposer quelques pistes de réflexions et d'actions sur les critères modifiables, et ainsi développer ce mode de prise en charge au sein des EHPAD.

Après avoir procédé à une présentation générale du fonctionnement de l'HAD et des EHPAD, puis un état des lieux de l'HAD dans notre paysage sanitaire actuel, nous aborderons notre étude descriptive transversale du profil des médecins généralistes utilisant l'HAD en EHPAD, dans les cantons couverts par l'HADAM (enquête réalisée en avril 2011).

# PARTIE 1 : Présentation de l'HAD

---

# 1. L'hospitalisation à domicile (HAD), un mode d'hospitalisation à part entière

## 1.1. Evolution de l'HAD

### 1.1.1. De la naissance de l'HAD à sa reconnaissance officielle, un cadre réglementaire propice à son développement

L'évolution de l'HAD en quelques points <sup>(2)</sup> :

La première expérience américaine du « Home Health Care » par le Dr Bluestone de l'hôpital Montefiore de New-York, débute en **1945**. Elle intègre deux concepts : la réalisation de soins infirmiers à domicile et l'utilisation des ressources de la médecine hospitalière dans un cadre familial. La médecine libérale est exclue de ce retour à domicile.

En France, une réflexion autour de la possibilité de soigner les patients à domicile débute en **1950**. Elle concerne en particulier ceux atteints de cancer.

Cela aboutit en **1957** à la création par le Professeur Siguier du premier établissement d'Hospitalisation à Domicile au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, hôpital Tenon. Son rôle est, tout en désengorgeant l'hôpital, d'assurer une continuité des soins en s'appuyant sur le réseau de médecine libérale.

Une seconde structure HAD parisienne pour le soin des malades cancéreux est créée en **1958**.

Bien qu'une convention ait été signée en 1961 entre ces deux premières HAD et l'assurance maladie, ce n'est qu'en 1970 que la **loi hospitalière du 31 décembre 1970** <sup>(3)</sup> reconnaît légale l'HAD comme étant le prolongement à domicile de l'activité hospitalière. Cela aboutit en **1973** à la création de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) par regroupement des 10 structures existantes.

Le vide juridique entourant l'HAD est ensuite comblé par différents textes de loi :

La circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) du **29 octobre 1974** fixe les règles de fonctionnement des établissements d'HAD. Elle précise les critères médicaux et sociaux d'admission des patients ainsi que les conditions de prise en charge.

Toutefois, l'HAD peine à trouver sa place dans le paysage sanitaire français et le début des années 1980 apparaît comme une période de stagnation relative. Les hôpitaux, financés par une tarification à la journée, ont peu d'intérêt à favoriser le développement d'une structure extra-hospitalière.

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

La **circulaire du 12 mars 1986** <sup>(4)</sup> du Ministère des Affaires Sociales et Sanitaires met en relief la notion d'intensité des soins, la possibilité d'admission après une simple consultation externe et ouvre l'HAD à tous les malades sauf les malades mentaux. Cette couverture de pathologies prises en charge en HAD (qui alors était exclusivement destinée aux patients cancéreux) élargit considérablement le champ d'activité de l'HAD.

La **Loi n°91-748 du 31 juillet 1991** <sup>(5)</sup> portant sur la Réforme Hospitalière et les **Décrets n°92-11 001** <sup>(6)</sup> **et n°92-11 002 du 2 octobre 1992** posent un cadre législatif en reconnaissant l'Hospitalisation A Domicile comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle, et définissent les conditions techniques de fonctionnement de ces structures de soins (présence d'un médecin coordonnateur, permanence des soins ...).

Désormais, le médecin traitant peut être le prescripteur d'une HAD.

Le texte précise également que l'Hospitalisation A Domicile s'intègre désormais aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

Toutefois, dans un souci de régulation du système de soins, toute création d'un lit d'hospitalisation à domicile entraîne la fermeture de deux lits d'hospitalisation traditionnelle. Ce taux de change instaure une concurrence entre HAD et hôpital et freine son développement.

Le **Décret n° 093-407 du 17/03/1993** <sup>(7)</sup> précise que chaque structure d'Hospitalisation A Domicile intervient dans une aire géographique précise.

L'Hospitalisation A Domicile est à ce moment relativement peu développée en France : en juin 1999, on dénombre 68 structures, pour un total de 3908 places autorisées, se répartissant de manière inégale sur le territoire.

Le contenu des prises en charge est défini par les **Circulaires du 30 Mai 2000** et **Circulaire complémentaire du 30 mai 2000** <sup>(8)</sup>.



Ces améliorations qualitatives nécessitent l'établissement d'un projet thérapeutique, la catégorisation des séjours selon le degré de dépendance et la définition du rôle du médecin hospitalier, du médecin coordonnateur et du médecin traitant au sein de l'HAD.

Les services d'HAD participent à la formation des intervenants libéraux dans leur domaine de compétence, en particulier la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs à domicile ou des protocoles de chimiothérapie. Ces textes sont à la base du fonctionnement de tous les établissements d'HAD.

En juin 2002, les capacités nationales sont les suivantes :

- le nombre total de structures d'HAD en France s'élève à 108 (contre 68 en 1999),
- le nombre de places autorisées atteint 4739 (contre 3908 en 1999),
- le nombre de places installées varie de 4206 à 3832 sur la même période.

La répartition des structures d'HAD sur le territoire demeure encore très inégale, puisque en 2002, 33 départements ne comptent encore aucune place, contre 52 en 1999.

Ce constat a conduit à modifier le cadre légal et réglementaire de l'Hospitalisation A Domicile afin de le rendre plus incitatif : **l'ordonnance du 4 septembre 2003**<sup>(9)</sup> l'a libéré des contraintes de la carte sanitaire en supprimant « le taux de change » qui imposait la disparition de 2 lits d'hospitalisation traditionnelle avant toute création d'un lit d'HAD.

A noter que la faculté de médecine de Nancy a été la première faculté française à autoriser les stages d'internes en services d'HAD dès 2003, avec le soutien de l'ARH Lorraine. (A ce jour, près de 50 internes ont bénéficié de ce stage, dans le cadre du Diplôme d'Etude Spécialisé de Médecine Générale. Cette mesure ne sera officialisée au niveau national qu'en 2009 par la loi HPST).

Le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD est rappelé par la **circulaire du 1er décembre 2006**<sup>(10)</sup>. Elle précise également les obligations et le rôle des acteurs de l'HAD. Cette circulaire évoque le nécessaire développement d'une telle offre de soins et son positionnement dans l'offre de soins locale.

Les établissements d'HAD sont autorisés à prendre en charge des patients résidents en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes ou non (EHPAD et EHPA) par les **décrets n° 2007-241 du 22 février 2007** (relatifs à l'intervention des HAD en EHPA), celui du **30 avril 2007** (qui pose le principe du conventionnement HAD/EHPA préalablement à toute intervention) et la **circulaire DHOS du 5 octobre 2007**<sup>(11)</sup> (relatif aux modalités d'intervention de l'HAD en EHPA).

L'organisation des soins palliatifs en HAD est définie par la **circulaire du 25 mars 2008**. Elle précise que « L'Hospitalisation A Domicile (HAD), en raison du statut d'établissement de santé de ces structures, est un acteur essentiel de l'organisation, au domicile, des soins palliatifs pour des patients en fin de vie ».

En 2009, la **Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire**<sup>(12)</sup> reconnaît pour la première fois l'HAD comme étant une hospitalisation à part entière et en protège l'appellation. Le circuit du médicament est facilité ainsi que l'intervention de professionnels paramédicaux (dérogation du paiement à l'acte). Qui plus est, les établissements d'HAD se voient offrir la possibilité d'accueillir en stage des internes en médecine.

### **1.1.2. Un paradoxe entre une forte croissance et une faible contribution à l'offre de soins**

L'instauration de la T2A et la suppression du taux de change ont conduit à un essor de l'HAD sur le territoire français. Cette envolée est soutenue par le plan solidarité grand âge de juin 2006<sup>(1)</sup> qui mène une politique de maintien à domicile des personnes âgées. Il a doublé les places d'HAD (8500 en 2006 à 15000 en 2010) et de SSIAD, l'objectif étant d'atteindre 22 places d'HAD pour 100000 habitants.

Le nombre d'établissements autorisés, qui avoisinait les 60 en 1990, atteint les 298 en 2009.

En intégrant les données en possession de la FNEHAD à celles de l'ATIH, on peut aujourd'hui affirmer que plus de 10 000 places d'HAD étaient installées au 31 décembre 2009, soit 120% de plus qu'en 2005. Malgré cette progression, l'HAD ne représente que 0.45% des séjours d'hospitalisation partielle et complète en 2008.

## **1.2. Un nouveau mode d'hospitalisation**

L'hospitalisation à domicile (HAD) est, depuis la loi HPST, définie comme « *une modalité d'hospitalisation à part entière qui permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.* ». L'article R6121 - 4 du Code de Santé Publique précise que « Ces soins se

*différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »*

Elle concerne des patients de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'Hospitalisation A Domicile, seraient hospitalisés en établissement de santé traditionnel.

L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient tout en lui assurant la permanence et la continuité de soins complexes, encadrés par un protocole de soins.

Il s'agit de conjuguer coordination, complexité et fréquence des actes de nature hospitalière et garder le rôle pivot des professionnels de santé libéraux.

On distingue 2 types d'HAD : les « HAD autonomes », créées et portées par une association, une fondation ou une mutuelle, et les « HAD rattachées » à un établissement public ou privé. Les premières sont généralement de grande taille et entretiennent un lien étroit avec les intervenants libéraux, les secondes sont au contraire de petite taille et fonctionnent souvent comme un service d'aval des établissements auxquels elles sont rattachées.

Ces structures d'hospitalisation à domicile sont reconnues comme des établissements de santé, au sens du Code de la Santé Publique, et soumises aux mêmes obligations que les hôpitaux privés et publics avec hébergement. Elles ne sont néanmoins pas soumises au dispositif quantifié de l'offre de soins<sup>1</sup> (contrairement aux établissements de santé)<sup>(13)</sup>.

Elles sont ainsi tenues d'assurer la continuité de soins 24h/24 et 7j/7 et de mettre en place des mesures de lutte contre les infections nosocomiales. Elles sont également certifiées par la Haute Autorité de Santé, ce qui garantit au patient une offre de soins de qualité.

Ces établissements sont obligatoirement généralistes et polyvalents, les patients étant pris en charge dans leur globalité<sup>(10)</sup>. Toutefois, toute structure d'HAD peut développer en son sein des compétences propres, des expertises sur des activités particulières (telles que l'obstétrique ou la pédiatrie) qui ne remettent pas en cause leur polyvalence.

---

<sup>1</sup> **dispositif quantifié de l'offre de soins** : tout objectif chiffré visant à prévoir, pour une période déterminée ou une date cible, le volume d'activités de soins ou la densité d'équipements matériels lourds, leurs implantations, voire le temps d'accès correspondant aux besoins de santé de la population d'un territoire de santé

Depuis octobre 2007, les établissements d'HAD sont autorisés à intervenir en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ou non (EHPA(D)). A ce titre, l'HAD est devenue un maillon essentiel de la filière gériatrique. Elle permet notamment de conserver les repères spatiaux des patients âgés et en leur évite une désadaptation fréquente en hospitalisation traditionnelle<sup>(14)</sup>.

## **2. Fonctionnement de l'HAD**

### **2.1. Champ d'action**

Toutes les pathologies graves (sauf les maladies mentales), qu'elles soient aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables ainsi que les pertes d'autonomie peuvent donner lieu à une prise en charge en Hospitalisation A Domicile.

L'HAD s'adresse à tous les malades à condition qu'ils relèvent d'une surveillance et de soins actifs. Ces soins peuvent être ponctuels, continus et/ou de réadaptation.

Les soins ponctuels sont des soins techniques, complexes, destinés aux patients ayant une pathologie non stabilisée et prise en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple).

Les soins continus associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.

Les soins de réadaptation au domicile sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée après la phase aiguë d'une pathologie (neurologique, cardiologique ou d'une poly-pathologie).

Ces soins nécessitent des exigences de communication, de coopération et de coordination médicale et paramédicale.

Les modes de prise en charge des patients en HAD sont détaillés en annexe 3 et 4.

## 2.2. Les intervenants

La structure HAD fonctionne avec une équipe médicale et paramédicale spécifique.

### Le médecin traitant libéral

Il est le plus souvent le médecin de famille choisi par le patient. Le médecin traitant, qu'il soit ou non le prescripteur, est le pivot de l'organisation de l'Hospitalisation A Domicile. Il est responsable de la prise en charge du patient dont il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites. Il donne son aval à l'admission en HAD, participe à l'élaboration d'un protocole de soins qu'il valide avec le médecin prescripteur et coordonnateur<sup>(15)</sup>.

Il reste en relation avec l'équipe de l'HAD et reçoit les transmissions concernant le patient, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur.

### Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur émet un avis médical signé pour toute admission d'un patient en HAD. Il signe le protocole de soins, préalablement élaboré et validé en concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, ainsi que la sortie d'HAD après décision prise conjointement avec le médecin traitant.

Il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf urgence. Il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins<sup>(15)</sup>.

### Le médecin hospitalier

Le médecin hospitalier peut avoir deux rôles distincts :

Soit un rôle de soins personnalisés aux malades dont il a la charge en élaborant le projet thérapeutique en lien avec l'équipe d'HAD, il s'engage à suivre le patient et le ré-hospitaliser si nécessaire.

Soit un rôle d'expert pour certaines pathologies et leurs traitements complexes, dans ce cas il transmet son expertise au médecin coordonnateur d'HAD.

### L'équipe paramédicale

Elle peut comporter un cadre de santé, des infirmier(e)s, des aides soignant(e)s, un(e) masseur (euse) kinésithérapeute, un(e) ergothérapeute, un(e) orthophoniste, un(e) psychologue, un(e) diététicien(ne) ... Elle assure à la fois la coordination et l'ensemble des soins nécessaires au malade.

L'infirmière coordonnatrice a une fonction centrale privilégiant les relations entre le patient, sa famille et les acteurs de soins. Elle encadre et anime l'équipe soignante, coordonne l'activité et toutes les actions pour garantir une prestation de qualité, participe à l'évaluation de la prise en charge du patient, assure la continuité des soins, en fixe les objectifs et les évalue. Elle est mandatée pour faire appel ponctuellement aux professions paramédicales libérales, si un renfort est nécessaire.

L'infirmière de la structure HAD effectue au domicile du patient, les soins d'hygiène et de confort, les soins techniques, les soins d'éducation et de prévention, les surveillances, assure la prise en charge psychologique du patient et de son entourage.

Dans certains cas, un(e) infirmier(e) libéral(e) assure une prestation infirmière ponctuelle à la demande de l'infirmière coordonnatrice.

L'assistante sociale rattachée à l'HAD étudie les situations familiales et socio-économiques du patient avant son admission en HAD, et met en place les modes de prises en charge adéquats.

Le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur peuvent décider, selon le traitement prescrit, de faire appel ponctuellement aux compétences de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, de psychologues.

### **2.3. Hospitalisation en HAD**

L'inclusion d'un patient en HAD est réalisée sur prescription médicale (médecin généraliste ou hospitalier) après accord du patient et de sa famille, du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'HAD.

Ni l'âge ni la dépendance ne sont des critères d'admission en HAD. La condition principale de l'admission est la pathologie et le fait que le patient, à défaut d'hospitalisation à domicile, serait admis en hospitalisation conventionnelle.

Toute admission dans un établissement d'HAD impose la constitution d'un protocole de soins qui résulte d'un consensus entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant. Ce protocole (nursing, perfusions, pansements, antibiothérapie, consultations spécialisées...) est révisable et réactualisé en cours de séjour.

Après accord du médecin coordonnateur (et lorsque c'est possible), une enquête paramédicale est réalisée au lit du malade par l'infirmière coordinatrice afin de définir l'environnement du patient (aidants familiaux, soins déjà réalisés, aides en place), les soins à effectuer et le matériel à fournir avant le retour au domicile. Cette enquête peut réfuter l'entrée en HAD.

Le médecin demandeur est chargé de fournir la prescription d'HAD, le protocole de soin écrit définissant la prise en charge, ainsi que les ordonnances de traitements, soins, surveillances biologiques et interventions paramédicales (kinésithérapie...) relatives à la pathologie aiguë nécessitant l'HAD.

Comme tout établissement de santé, la structure d'HAD fonctionne 24H/24, tous les jours de l'année, week-end et jours fériés compris. Elle est soumise à des obligations en matière de permanence des soins.

Les infirmières du service d'HAD réalisent l'admission du patient et les soins quotidiens en suivant le protocole préétabli. Elles informent le médecin traitant de l'évolution du patient et lui signale tout évènement intercurrent. Lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, elles réfèrent au médecin coordonnateur d'astreinte (24h/24 et 7j/7) de l'HAD. Il y a une obligation de continuité et de permanence des soins : le socle minimum, arrêté au niveau national, doit comprendre trois niveaux : astreinte par un infirmier salarié, astreinte téléphonique médicale et convention avec le SAMU (10).

Dans cet environnement multi-acteurs, le dossier du patient doit faciliter la continuité des soins et la coopération des différents intervenants tout en respectant la confidentialité des données.

La transmission de l'information prend ici toute son importance, tant au plan médico-légal qu'en terme d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aides supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile, mises en place par le service social de l'hôpital référent.

Le patient n'a pas à assumer le coût des médicaments, des dispositifs et matériels médicaux utilisés au cours de la prise en charge.

La sortie d'HAD est décidée conjointement par le médecin traitant et le médecin référent d'HAD suivant l'évolution du patient. Il peut y avoir une sortie simple, une sortie avec relais de prise en charge par soins infirmiers à domicile ou hospitalisation en centre de soin.

## **2.4. Financement**

Au 1er janvier 2005 le dispositif de tarification de l'HAD a été profondément rénové. Jusqu'en 2005, le financement des structures et de leur activité était assuré par un système de prix de journée négocié avec les caisses d'assurance maladie. Ce système avait le même défaut que le financement en budget global de l'hospitalisation MCO. Il était particulièrement pénalisant dans une période de développement de l'HAD. Il a donc été remplacé par un système de financement à l'activité, c'est-à-dire par la mise en œuvre d'un tarif qui, adapté à la production de chaque structure, définit les recettes dont elle va disposer pour couvrir ses charges. Les principes du nouveau système tarifaire ont été élaborés par l'IRDES. La conception opérationnelle, notamment le calcul de tarifs, a été assuré par la DHOS.

Contrairement aux principes de la T<sub>2</sub>A MCO, les tarifs sont identiques quelle que soit la situation antérieure des structures.

Les premiers tarifs ont été calculés par les services DHOS. Cette opération s'est révélée délicate en l'absence d'un échantillon représentatif de données de comptabilité analytique et du fait des limites du système d'information médicale dans les rares structures qui avaient commencé à se doter d'outils d'analyse des coûts. Au bout du compte, la DHOS s'est fondée principalement sur les données transmises par trois structures (HAD de l'AP-HP, Santé service à Puteaux, Soins et Santé à Lyon qui avaient en commun d'être anciennes et de grande dimension) complétées par les comptes administratifs de 80 HAD.



Tous les actes et prestations délivrés au cours de l'hospitalisation à domicile du patient sont pris en charge, sous couvert d'un tarif journalier pondéré selon 3 critères : la charge en soins (défini par les modes de prise en charge principaux et associés), le degré de dépendance du patient (index de Karnofsky) et la durée de son séjour. Ils sont classés selon des groupes homogènes de Tarifs (GHT).

Ce tarif journalier comprend tous les frais liés à l'hospitalisation à domicile et notamment les prestations du médecin traitant (seulement lorsque l'HAD est rattachée à un établissement hospitalier ; les médecins traitants sont directement indemnisés par la caisse d'assurance maladie en cas d'HAD autonome) , les soins paramédicaux et les transports sanitaires prescrits par le médecin traitant, le suivi social des malades et des familles, la mise à disposition au domicile, le matériel et mobilier médical ainsi que les médicaments, consommables, matériels stériles et les examens de laboratoire, d'imagerie médicale.

Il ne comprend pas les frais liés aux repas, la surveillance, la toilette et l'hôtellerie, qui restent à la charge financière des familles. Lors d'une hospitalisation classique, ces frais représentent 80% du prix de l'hospitalisation.

Ce système de tarification est avantageux pour l'HAD. Le système tarifaire et le niveau des tarifs ont eu une contribution majeure à l'essor de l'HAD en France. Toutefois, les tarifs ont évolué de manière très modérée (les tarifs 2010 sont au même niveau que ceux de 2005) et les marges ont donc eu tendance à s'éroder tout au long des dernières années, sans pour autant disparaître.

### **3. Freins et facteurs de développement de l'HAD <sup>(16)</sup>**

#### **3.1. Facteurs de développement**

Il y a une véritable volonté politique de développement de l'HAD, marquée par le doublement des places d'HAD grâce au plan « solidarité - grand âge », l'autorisation d'intervention de l'HAD dans les EHPAD depuis 2007, la reconnaissance de l'HAD comme une hospitalisation à part entière et la protection de l'appellation HAD en 2009 par la loi HPST.

Cette loi HPST permet l'accueil d'internes de médecine dans les services d'HAD, participant ainsi à son expansion future.

Sur le plan médical, le maintien à domicile permet d'éviter la désocialisation (syndrome de glissement), risque pour lequel sont particulièrement exposées les personnes âgées. D'une façon générale, l'impact sur la santé est d'autant plus positif que la personne est fragile et que, sans l'HAD, le séjour hospitalier aurait été long, avec de multiples allers-retours entre le domicile et l'hôpital<sup>(17)</sup> (les transports étant connus comme étant des sources de dégradation de l'état général des patients).

L'HAD permet un autre vécu de la maladie en restaurant la présence de l'entourage familial (éconduit dans l'univers hospitalier), en redonnant une place au sujet « acteur » derrière la personne « objet de soins ». L'accompagnement est élargi à l'environnement familial (avant l'entrée en HAD, pendant, et après) afin de favoriser le soutien du patient, qui est une aide au vécu de la maladie, voire à la guérison.

L'HAD met la technicité de l'hôpital à disposition de la médecine libérale, tout en assurant une permanence des soins. Le maintien à domicile permet également le désengorgement des services d'urgences (les urgences étant souvent utilisées comme une porte d'entrée pour l'hospitalisation des personnes âgées, devant les difficultés d'hospitalisation directe en service adapté), de gériatrie et de long séjour.

Sur le plan financier, l'HAD est une économie de santé : le coût d'une journée en HAD est nettement inférieur à celui d'une hospitalisation traditionnelle : 234€ contre 455€ (-48%) pour les soins palliatifs (source ATIH).

Idem en SSR (58 % des patients pris en charge en HAD ont reçu des soins relevant du domaine des SSR) : le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, de 263€ en SSR contre 169€ en HAD. Cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants mais le coût moyen journalier en SSR demeure supérieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient.

Durant sa première année de fonctionnement, une nouvelle place installée en HAD génère un coût de prise en charge de 39 800 € en moyenne contre plus de 55 000 € pour un nouveau lit/place en SSR.

Pour faire face aux besoins de la population vieillissante, créer par exemple 10 000 places d'HAD au lieu de 10000 places de SSR représenterait, à terme, une économie de près de 350 millions d'euros par an pour les financeurs publics<sup>(18)</sup>.

L'HAD a un coût de fonctionnement réduit car il exclut certaines prestations, telles que l'hébergement, la présence au chevet du patient, la restauration et la lingerie. Ces dépenses restent à la charge des aidants familiaux.

Selon un rapport de la cour des comptes, les frais annexes de l'HAD (arrêt de travail des aidants, Allocation Personne Agées, aides (accompagnement de personnes en fin de vie...) représenteraient près de 6% du Produit Intérieur Brut. Les coûts d'hospitalisation sont portés exclusivement sur la branche maladie de la sécurité sociale lors d'une hospitalisation traditionnelle ; ils sont répartis sur la branche maladie de la CPAM (HAD, Arrêts de travail des aidants), la branche famille (aides aux aidants) et le conseil général, en cas d'HAD. Actuellement aucune étude n'a permis de calculer le bénéfice financier réel de l'HAD en tenant compte de ces frais annexes.

### **3.2. L'HAD a aussi ses limites**

Le domicile, petit ou mal agencé, ne permet pas toujours l'installation du matériel médical nécessaire à l'HAD.

L'HAD nécessite la présence d'aidants familiaux, chez qui le passage fréquent d'infirmières et l'attention constante du malade peut engendrer de la fatigue, de l'angoisse voire un épuisement, surtout dans les pathologies lourdes et longues.

Les frais non directement liés aux actes médicaux (repas, surveillance, toilette, hôtellerie) restent à la charge des ménages. A noter : les Allocations Personnes Agées ne sont pas suspendues en HAD (comme elles le sont en hospitalisation traditionnelle après 3 semaines d'hospitalisation).

Sur le plan médical, les pathologies en cours de bilan ou nécessitant l'utilisation fréquente d'un plateau technique hospitalier ne sont pas adaptées à l'HAD.

Les médecins généralistes peuvent craindre l'utilisation d'un protocole hospitalier, n'entrant pas dans leur pratique courante. Certains ont des difficultés à s'approprier un mode de fonctionnement hospitalier, ou la complexité et la technicité de certaines pathologies.

L'HAD nécessite en moyenne une visite par semaine, qui peut être perçue comme chronophage.

Le corps médical avoue également un manque de connaissance concernant l'HAD. Une thèse sur la formation des médecins généralistes sur l'HAD, réalisée en 2010 sur la zone géographique de l'HADAM par Dr Delphine Sauvage, permettait de mettre en évidence une demande de formation importante :

- Un médecin interrogé sur cinq estime méconnaître les critères d'admission et de sortie d'HAD ainsi que le fonctionnement de la structure.
- 62 % des répondants ressentent le besoin d'une formation ou d'une information complémentaire sur l'hospitalisation à domicile, préférentiellement sous forme d'une formation médicale continue.
- Lorsqu'on interroge les généralistes répondants sur les domaines où un besoin de formation est ressenti, ils sont 29 % à s'exprimer. Les thèmes à aborder sont les gestes techniques (42%), le maniement des antalgiques (32%) le fonctionnement de la structure d'HAD (25%), les soins palliatifs (21%), les pathologies lourdes (11%) et les indications d'HAD (6%).

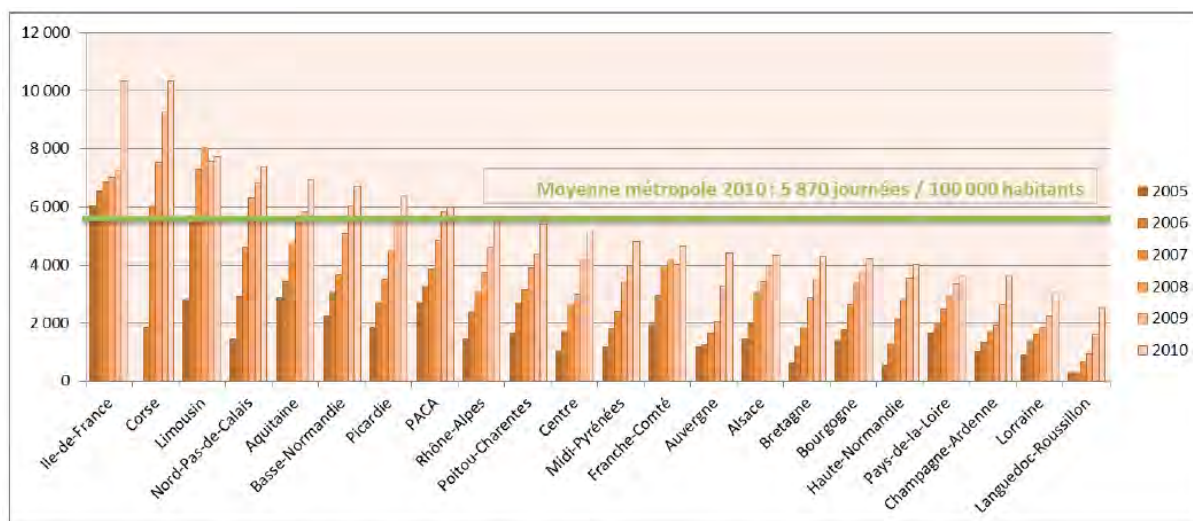
Frein lié aux disparités territoriales : la démographie médicale présente des zones sous dotées en médecins généralistes. Dans ces conditions, il se poserait la question de la viabilité d'une HAD. En prenant la région Lorraine comme exemple, on remarque que les zones sous dotées en médecins que sont la campagne meusienne et les montagnes vosgiennes sont entièrement couvertes par des structures d'HAD, l'intervention de l'HAD dans ces zones a nécessité quelques adaptations, en recourant préférentiellement aux infirmières libérales conventionnées avec l'HAD.

## 4. Démographie de l'HAD

### 4.1. L'HAD en France

#### 4.1.1. Une répartition inégale

**Figure 1: Evolution de 2005 à 2010 du taux de couverture HAD dans les régions métropolitaines (données PMSI HAD)**



L'HAD reste encore très inégalement répartie sur le territoire français. Malgré une forte croissance de l'HAD en Lorraine, on constate que le nombre de prises en charges HAD reste sensiblement en dessous de la moyenne nationale (5870 journées/100 000 habitants).

#### 4.1.2. Répartition par âge et par mode de prise en charge

L'âge moyen des patients pris en charge en HAD s'établit en 2010 à 60,7 ans, en léger rajeunissement par rapport à 2009. Il est très dispersé selon les différents modes de prise en charge s'étalant de 82,8 ans à 0,3 an. (Par comparaison, l'âge moyen des personnes hospitalisées à plein temps (Hors HAD et hospitalisation de jour) est de 46,1 ans en 2010, selon l'ATIH).

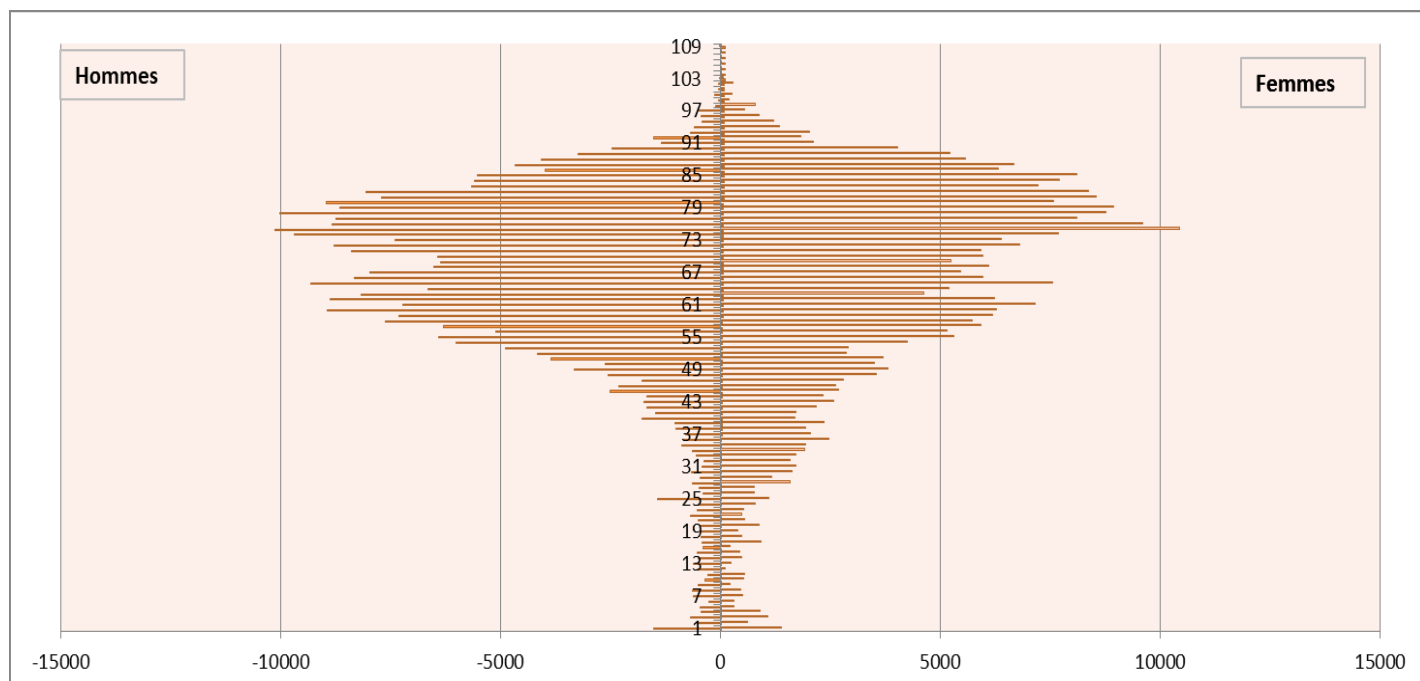
48,1% des séjours concernent des personnes de plus de 60 ans, dont plus des deux tiers sont âgés de plus de 75 ans.

Cela s'explique par le fait que 20,5% des séjours concernent les modes de prise en charge d'obstétrique (MP 19, 20, 21) pour lesquels l'âge moyen est de 30 ans, et de périnatalité (MP22).

Comme les années précédentes, plus de 45 % des journées et près de 30% des séjours concernent les soins palliatifs et les pansements complexes, pour des patients dont l'âge moyen est situé entre 67 et 70 ans.

**Figure 2: Répartition par classe d'âge et par genre des séjours HAD en 2010 hors obstétrique et pédiatrie**

*Données PMSI HAD – exploitation Observatoire de la FNEHAD*



45,5 % des patients pris en charge en HAD sont des hommes, contre 54,5 % pour les femmes. Celles-ci sont, en moyenne, plus jeunes que ces derniers, en raison de l'activité d'obstétrique. Elles représentent ainsi à elles seules près de 87 % des journées réalisées pour les patients d'HAD de 20 à 40 ans.

Chez les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 60 ans ou plus. Ils sont majoritaires sur la tranche d'âge des 60 à 79 ans, ou ils représentent 56,7 % des séjours (entre 60 et 69 ans) puis 52,5 % des séjours (entre 70 et 79 ans).

#### **4.1.3. Analyse de l'activité en EHPAD**

Bien qu'encore très marginale (2,7 % du nombre de journées, et 1,9 % des séjours en 2010), l'activité des établissements d'HAD en EHPAD connaît un fort développement depuis l'ouverture de cette possibilité en 2007.

Près des deux tiers des établissements d'HAD recensés interviennent en EHPAD.

L'âge moyen des personnes prises en charge en EHPAD est de 83 ans, près de 55 % des journées réalisées en 2010 l'ayant été pour des patients âgés de 80 à 89 ans.

Il s'agit essentiellement d'une population féminine, les hommes représentant en moyenne 28,5 % des patients pris en charge en EHPAD. On constate cependant que plus l'âge est élevé, et plus la patientèle se féminise.

En termes de prises en charge, les données PMSI 2010 confirment que l'activité d'HAD en EHPAD est fortement concentrée sur deux modes de prise en charge : les pansements complexes (60,5 % des journées) et les soins palliatifs (21,9 % des journées).

### **4.2. L'HAD en Lorraine**

Pour répondre aux orientations nationales et régionales de développement d'HAD polyvalentes et généralistes, 18 HAD ont été autorisées sur l'ensemble de la région Lorraine :

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

La structure de Bitche, créée en 1999, a développé des capacités spécifiques dans le domaine gynécologique et pédiatrique. Elle est née d'une restructuration ayant conduit à la fermeture de lits de maternité.

L'Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Messine (HADAM) est le pôle HAD le plus important en Moselle. Fondée en 1999, l'HADAM est une structure polyvalente dont la capacité d'accueil est de 40 places. Un satellite rural a été créé en 2003 à Rémyilly, permettant d'accroître son rayon d'action. L'HADAM assure également depuis 2004 la coordination médicale de l'HAD de l'Etablissement Public de Santé de Gorze (5 lits).

L'HAD de Joeuf ouvre ses portes en 2002, avec une capacité de 30 lits, offrant les soins à domicile à la population du territoire de Briey.

Sur le même modèle, l'HAD s'est créée à Boulay en 2004 (10 lits), puis à Freyming Merlebach en novembre 2008.

Le nord Meurthe-et-mosellan voit apparaître une structure d'HAD à Mont Saint Martin en octobre 2008, couvrant le territoire de Longwy.

L'HAD de Thionville, antérieurement divisée en deux unités distinctes de 10 places chacune (l'une est consacrée au domaine gynéco-obstétrique, l'autre aux soins palliatifs) a subi une restructuration en 2009 ayant conduit à une seule HAD polyvalente de 32 lits.

L'Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Nancéienne (HADAN), ouverte en 2005, est une association privée à but non lucratif initiée par trois hôpitaux : le Centre Hospitalier Universitaire, le Centre Alexis Vautrin et la polyclinique de Gentilly <sup>(source : HADAN)</sup>. Sa capacité d'accueil est de 50 lits.

Une autorisation d'activité d'HAD en psychiatrie avait été donnée au CPN, mais l'établissement a cessé cette activité.

Sept nouvelles structures d'hospitalisation à domicile ont vu le jour en Lorraine entre 2009 et 2012, principalement au sein de zones rurales :

La couverture HAD meusienne a été initiée en février 2007 par la création de l'HAD de Bar le Duc (10 lits, complétée en 2011 par son antenne à Commercy, permettant une couverture du sud meusien.

L'HAD de Verdun couvre depuis janvier 2009, le nord meusien, un projet d'extension vers Stenay – Montmédy et un autre vers Saint Mihiel sont en cours.

Depuis septembre 2009, l'HAD de Sarrebourg, avec ses 10 lits, couvre le sud est de la Moselle.

La couverture HAD des Vosges est également mise en place en 2009 par la création des HAD d'Epinal (30 lits), complétée en janvier 2010 par l'HADOV, HAD de l'Ouest Vosgien (30 lits), puis en mars 2010 par l'EV'HAD, HAD de l'Ouest Vosgien basée à Gérardmer (30 lits), fonctionnant à l'aide d'un bureau à Remiremont et d'une présence sur la Déodatie.

Des projets d'HAD sont en cours à Sarreguemines et Lunéville.

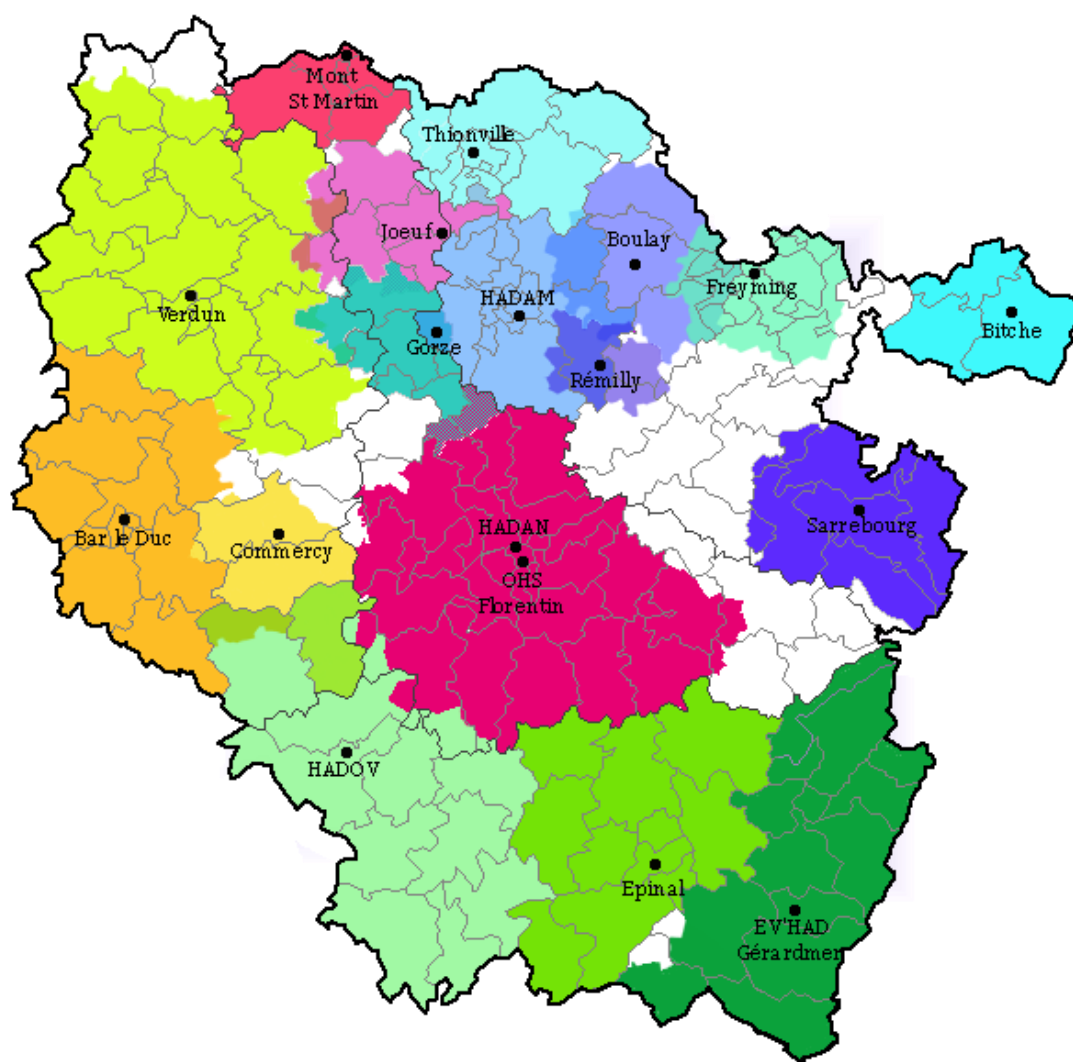


Si le nombre d'HAD installées a nettement augmenté (4 en 2001 à 18 en 2011), la couverture du territoire n'est pas complète. Ce constat est en partie lié à :

- des difficultés de montée en charge d'activités des structures dont certaines ont prévu l'installation d'antennes,
- une autorisation non effective sur le Lunévillois,
- des HAD gardant encore des activités spécifiques (HAD périnatale de Bitche, HAD à orientation soins de suite gériatrique de l'OHS).

La majorité des HAD ayant une activité en périnatalité sont devenues des HAD polyvalentes tout en conservant leur activité spécialisée et en l'orientant vers la prise en charge des grossesses à risque et de post-partum pathologiques (le suivi en post-partum physiologique de sortie précoce pouvant être assuré par des professionnels libéraux).

**Figure 3: Couverture HAD de Lorraine en janvier 2012**



### **4.3.L'HAD de l'agglomération messine (HADAM)**

#### **4.3.1. Présentation**

L'HAD de l'agglomération messine (HADAM) est composée de 2 médecins coordonnateurs, 1 à 2 internes, 1 cadre infirmière, 2 infirmières de coordination, 19 infirmières salariées, des étudiants infirmiers, 1 assistante sociale à mi temps, 1 secrétaire.

Sa capacité est de 40 lits.

C'est un établissement d'HAD dit « rattaché » aux hôpitaux Privés de Metz (HPM), site de Sainte Blandine à Metz.

Le champ d'action de l'HAD de Metz couvre les communes à moins de 30 minutes de Metz. C'est une zone très étendue du fait de la facilité de transport assuré par les autoroutes A4 et A31.

#### **4.3.2. Bilan d'activité 2010**

En 2010, 454 patients ont fait l'objet de 488 prises en charge. Le taux d'occupation sur l'année est de 84.5% ; il a varié de 74 à 97%, les mois les plus bas étant relatifs aux périodes de pénurie de personnel (démission, maternité) durant lesquels les admissions ont dû être limitées.

En 2010, l'HADAM a stoppé la prise en charge des hernies en post opératoire (recommandations de la CPAM, suite à la découverte d'une double tarification d'une même prise en charge par l'hôpital et l'HAD) ; les répercussions sur le nombre d'admission sont notables : 454 entrées contre 627 en 2009.

40% des demandes de prise en charge sont faites par un médecin généraliste (seulement 8% sur le reste du territoire français). L'HAD a collaboré avec 182 médecins généralistes différents, soit 50% des médecins généralistes de Metz et agglomération. Leurs premières motivations sont d'éviter l'hospitalisation et réaliser un accompagnement de fin de vie.

La moyenne d'âge des patients pris en charge est de 60 ans. Il faut noter une augmentation de la tranche d'âge des plus de 80 ans (27% en 2010, dont 2 patients centenaires, contre 21% en 2009).

Les patients pris en charge en 2010 sont plus dépendants qu'en 2009 : 53% des patients ont un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 50%.

En 2010, les modes de prise en charge principaux sont le traitement intra veineux (35%), les soins palliatifs (25%), les pansements complexes (14%) et le suivi post chirurgical (10%). On note une augmentation des soins continus (27% contre 19% en 2009), ce qui correspond le plus souvent aux prises en charge palliatives. Les soins ponctuels restent toujours le premier type de prise en charge avec 66% (la progression des pansements VAC (pansements par pression négative) explique en partie ce pourcentage (12.7% des prises en charge)).

Nous remarquons que l'activité en EHPAD au niveau messin est largement supérieure à la moyenne nationale (1.89% des séjours en 2010 en France contre 10,66 % (52 patients) dans l'agglomération messine). L'HAD est intervenue dans 16 EHPAD. Cette différence s'explique par le fait que l'utilisation de l'HAD dans les EHPAD est une initiative messine utilisée depuis 2003 et appliquée au reste de la France depuis 2007. Elle est facilitée par une convention tripartite entre les services d'accueil des urgences de Metz, les EHPAD et l'HAD.

Seules 16 demandes d'HAD n'ont pas pu aboutir à une admission.

L'HADAM a assuré la formation de 15 étudiantes infirmières et de 3 internes de médecine générale en 2010.

La faculté de médecine de Nancy a été, grâce au soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, la première faculté française à autoriser les stages d'internes en services d'Hospitalisation A Domicile depuis 2003. A ce jour, une cinquantaine d'internes de médecine générale ont bénéficié de cette formation au sein de l'HADAM et l'HAD de Bar le Duc.

## Partie 2 : Présentation de l'HAD en EHPAD

---

## 1. Définition, cadre légal

Un EHPA(D) est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes), âgées de plus de 60 ans. C'est un ensemble immobilier constitué de chambres. C'est donc le nouveau domicile de la personne âgée.

Ces établissements sont classés selon le GMP (GIR moyen Pondéré) obtenu par la moyenne du GIR de tous les résidents (Le GIR, groupe Iso Ressource, est obtenu par la cotation de leur dépendance selon la grille AGGIR).

On distingue deux entités :

**L'EHPA** : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées (sous entendu non dépendantes), qui ont un GMP inférieur à 300. Ce sont les maisons de retraite, les foyers-logements...

**L'EHPAD**, où les personnes âgées ont un besoin de médicalisation.

Ces établissements médicalisés, autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, respectent la réforme des EHPAD (loi du 24 janvier 1997, décrets d'avril 1999 et de mai 2001, loi de financement de la Sécurité sociale en 2003). Ces établissements accueillent des personnes âgées qui ont besoin d'une assistance journalière et permanente. Leur GIR Moyen Pondéré est supérieur à 300. Ils doivent conclure avec l'état et le Conseil Général une convention tripartite fixant, pour une durée de 5 ans, les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et ses moyens financiers de fonctionnement. Suite à cette convention, ils sont autorisés à dispenser des soins médicaux pour l'ensemble de leur capacité d'hébergement.

Comme tous les établissements médico-sociaux en France, les règles qui régissent le fonctionnement des EHPAD sont fixées par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

## 2. Les intervenants

### 2.1. Le médecin traitant en EHPAD

Les patients vivant en EHPAD, souvent plus dépendants et fragiles, nécessitent le même suivi que tout patient ambulatoire. Le médecin traitant exerce son rôle de soins et suivi de première ligne. Il est l'intervenant privilégié des infirmier(e)s et aides soignant(e)s de la structure.

De ce fait, le médecin est amené à hospitaliser ces patients fragiles dans des situations d'urgence ou lorsque les soins à réaliser sont trop lourds pour les infirmier(e)s de l'EHPAD (en durée ou en fréquence, la présence d'infirmier(e)s en EHPAD se limitant parfois à quelques heures par jour). Les pathologies surajoutées sont fréquentes. L'HAD est alors une alternative à l'hospitalisation traditionnelle (source de désorientation, perte de repères, facteur d'aggravation de sa pathologie) lorsque le diagnostic est posé et un protocole de soins initié.

Selon le décret n 2010-1731 du 30 décembre 2010<sup>(19)</sup>, « *l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes répond à des conditions particulières d'exercice destinées notamment à assurer l'organisation (horaires de passage, prescription de médicaments faisant parti de la dotation de l'EHPAD...), l'information, la coordination et l'évaluation des soins. Ces conditions d'exercice sont précisées dans un contrat qui doit être conclu entre le professionnel de santé et le directeur d'établissement.* »

Ce contrat fixe l'indemnisation des professionnels pour leur participation à une réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique organisée par le médecin coordonnateur. Dans le cas où le médecin refuse la signature de ce contrat, le patient peut être suivi par son médecin de famille au sein de l'EHPAD mais ne sera plus remboursé par la caisse d'assurance maladie.

## 2.2. Le médecin coordonnateur d'EHPAD

Il y a 30 ans les médecins en maison de retraite étaient surtout des cliniciens. C'est à partir de 1975 lors de la création des sections de cure avec des médecins salariés qu'ils ont pris une dimension institutionnelle avec des évaluations, la tenue des registres, de rapport d'activité en restant avant tout des soignants, même s'ils ébauchaient la coordination. Avec la signature des conventions tripartites sont apparus les médecins coordonnateurs.

Les textes juridiques fondateurs de la fonction de médecin coordonnateur sont inclus dans l'arrêté du 26 avril 1999.

Les médecins traitants ne suivent le plus souvent que quelques résidents en EHPAD. Ils n'ont pas le temps de s'investir dans la structure et d'être confrontés à la problématique institutionnelle ; c'est pour cela que la fonction de médecin coordonnateur a été créée.

Le médecin coordonnateur n'est pas un soignant avec une relation médecin/malade. Il n'est pas le médecin traitant. Il apporte ses compétences gériatriques au niveau des résidents de l'EHPAD avec pour objectif la qualité de la prise en charge.

Il parle de la personne dans la structure alors que le médecin traitant parle de la maladie dans la personne.<sup>(20)</sup>

Le Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 établit son rôle:

- il participe à l'élaboration du projet de soins qui détermine les modalités de prise en charge des résidents. Il y a des pathologies et des comportements qui ne peuvent être pris en charge en EHPAD. Le projet général de soins, doit s'intégrer dans le projet d'établissement.
- Le médecin coordonnateur donne son avis permettant l'adéquation entre l'état de santé des personnes et la capacité de prise en charge de l'institution lors de l'admission et au retour d'hospitalisation. On ne peut mettre en place un soin sans avoir les moyens locaux de le maîtriser.
- Il gère la coordination des différents intervenants selon l'aide adaptée à la personne. La prise en charge globale de la personne nécessite une interdisciplinarité qui n'est pas la seule juxtaposition d'intervenants. Le coordonnateur est en relation avec les intervenants de

l'aide à la vie (IDE, aide soignante) et des intervenants plus ponctuels (kinésithérapeute, orthophoniste, ...) ainsi qu'avec des médecins, des médecins spécialisés, des dentistes.

Pour travailler efficacement il faut que les interventions soient concertées sur le plan quantitatif (fréquence et durée des interventions) et qualitatif (le type d'intervenant).

Il faut donc planifier les interventions et qu'il y ait échange d'informations.

- Le médecin coordonnateur évalue le résident sur le plan gériatologique, détermine ses besoins à partir d'objectifs psychosociaux, fonctionnels et médicaux et prescrit le niveau d'aide adapté à la personne. De plus il est le garant de l'adaptation du résident à l'institution.
- Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.
- Il contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments. Il est prévu dans les textes que le médecin coordonnateur élabore avec les médecins libéraux prescripteurs une liste limitative des médicaments. L'objectif est de choisir les molécules ayant le meilleur rapport efficacité risque et éviter la iatrogénie. Le médecin ne gère pas un budget. A noter que vis à vis des médecins libéraux le médecin coordonnateur ne peut en aucun cas interférer dans l'état actuel de la réglementation sur leurs prescriptions. Son rôle ne peut être que pédagogique et incitatif à la mise en place de bonnes pratiques gériatologiques.
- Il est nécessaire de former tous les personnels paramédicaux intervenant dans l'établissement (IDE, Aide Soignante, kinésithérapeute...). Les formations de terrain sont dispensées par le coordonnateur avec rédaction de fiches pratiques et de protocoles.
  - Le coordonnateur donne son avis au sujet des plans de formation (contenu, choix de l'organisme formateur).
  - Il sensibilise les médecins généralistes et spécialistes à la gériatologie.
- Il élabore un dossier type de soins. Ce dossier comme le dossier paramédical doit être sur place, confidentiel, structuré. Le coordonnateur propose un contenant avec la participation des médecins libéraux pour qu'ils l'acceptent et l'utilisent.



- Le médecin coordonnateur établi un rapport annuel d'activité médicale. Il analyse la situation des résidents sous un angle gériatrique, commente les actions entreprises par l'équipe médicale et paramédicale et prodigue des recommandations en justifiant des besoins prioritaires. Il soutient le directeur dans ses négociations budgétaires.

Ce rapport contient les éléments concernant la dépendance (AGGIR) les pathologies et l'évaluation des pratiques de soins (analyse de soins et aides spécifiques, analyses des actes médicaux, para médicaux, hospitalisation, décès, prescriptions par classes thérapeutiques, hygiène, évènements exceptionnels).

- Il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé.
- Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, et d'autres formes de coordination. Il convient de développer la complémentarité avec les autres structures, qu'il s'agisse de soutien à domicile en proposant un accueil de jour, d'un hébergement temporaire ; ou qu'il s'agisse des établissements, en particulier les EHPAD, ayant des activités complémentaires. Cela ne peut se faire que si la politique d'admission et le projet de l'établissement est connu de l'ensemble des partenaires du réseau.

### **2.3. Les intervenants paramédicaux**

Tout Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes doit élaborer un projet d'établissement précisant ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Les intervenants libéraux doivent passer une convention avec l'établissement (article L314-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles) portant notamment sur l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins. A ce jour, les conventions sont encore en négociation. Dans le cadre de cette convention, les professionnels libéraux manifestent leur adhésion au projet de soins. Les prestations de ces professionnels de santé salariés et libéraux sont alors financées sur le budget afférent aux soins de l'EHPAD.

Le résident est clairement informé du projet de soins de son établissement, notamment dans le livret d'accueil et dans son contrat de séjour qu'il signe avant son entrée dans l'établissement.

Il prend ainsi connaissance qu'en tant que futur résident d'un établissement, l'intervention des professionnels médicaux et paramédicaux sera effectuée soit par les salariés de l'établissement, soit par les professionnels libéraux qui adhèrent au projet de l'établissement, ou les deux conjointement.

La liste des intervenants libéraux lui étant fournie à l'entrée, il peut notamment vérifier si son médecin traitant et son infirmière libérale y figurent bien.

Il est ainsi clairement informé que si son médecin généraliste et son infirmière libérale ne sont pas inscrits sur cette liste et ne veulent pas l'être, il pourra, certes, continuer à les solliciter, mais sans pouvoir faire supporter cette dépense à l'établissement. En entrant dans un établissement qui lui a clairement précisé ces points, le résident exerce à l'entrée son libre choix. Il en est pris acte à la signature du contrat de séjour.

### 3. Financement des EHPAD <sup>(21)</sup>

Les charges de fonctionnement sont réparties entre les trois sections tarifaires: hébergement, dépendance et soins.

Le Tarif hébergement est entièrement à la charge du résident ou de sa famille, il peut bénéficier de certaines aides au logement (APL, ALS). Ce tarif couvre toutes les dépenses relatives à l'hôtellerie, la pension complète, les frais de blanchissage du linge du résident et l'animation.

Le Tarif dépendance est évalué par un médecin en fonction de la grille AGGIR. Ce prix de journée financé par le Conseil Général sous la forme d'une dotation globale est versée à l'établissement (à l'exception d'une partie, "le talon modérateur", qui reste toujours à la charge de la personne âgée). Seules les personnes dont le GIR est côté 1, 2 ou 3 peuvent prétendre à la Prestation Spécifique Dépendance.

Ce tarif couvre toutes les dépenses relatives à la dépendance : les aides à l'habillage et à la toilette, les aides aux repas, les produits pour l'incontinence ainsi que les suppléments de blanchisserie causés par l'état de dépendance de la personne.

Le Tarif soins est entièrement pris en charge par l'assurance maladie et versé à l'établissement sous la forme d'une dotation globale non soumise à la TVA.

L'établissement dispose de 4 options tarifaires, choisies dans la convention tripartite, selon s'il couvre la pharmacie à usage intérieur, et/ou la rémunération des intervenants libéraux.

Si cette solution offre sans doute la meilleure sécurité pour une personne âgée devenant dépendante, être hébergé dans un EHPAD revient relativement cher. Le prix de journée moyen d'un EHPAD restant à la charge du résident est en 2008 à 49.23€ par jour (soit environ 1500€ par mois). Cependant, les prix peuvent varier fortement (de 36 à 98,64€/jour) suivant le statut de l'établissement, son implantation géographique, sa stratégie coût/qualité, son immobilier. Le talon modérateur moyen ressortant à 4,96€/ jour (Observatoire Maisons de retraite 2010, KPMG).

Toujours selon le rapport de KPMG précédemment cité, le coût réel d'une journée en EHPAD est en moyenne de 90.72€.

## **4. L'HAD en EHPAD**

### **4.1. Prise en charge HAD d'un patient résidant en EHPAD**

#### **4.1.1. Cadre légal**

Toujours selon l'article R6121 - 4 du Code de Santé Publique :

*« Les établissements d'hospitalisation à domicile peuvent également intervenir dans un établissement accueillant des personnes âgées [...].*

*Dans ce cas, les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement, et si son admission en hospitalisation à domicile répond à des conditions de prise en charge définies par un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces conditions sont variables selon la nature des soins. Elles sont relatives notamment à la complexité des soins à assurer ou à l'ampleur des moyens à utiliser. »*

La circulaire DHOS du 5 octobre 2007<sup>(11)</sup> précise que l'intervention de l'HAD dans les EHPAD « vise à éviter ou raccourcir l'hospitalisation éventuelle des résidents, source de désorientation qui peut favoriser la perte de repères et facteurs d'aggravation de sa pathologie. De plus, les coûts de transports sanitaires sont importants et l'arrivée souvent non préparée des personnes âgées aux urgences participe à l'engorgement de ces dernières ».

Cette hospitalisation doit être précédée de l'élaboration de conventions entre les structures d'HAD et les EHPAD.

Malgré ce cadre juridique bien défini, le nombre de patients pris en charge en EHPAD reste modeste et très marginale.

#### **4.1.2. Fonctionnement**

Pour les EHPA (non médicalisées), l'intervention des structures d'HAD se déroule comme à domicile.

L'EHPAD, médicalisée, offrant déjà un environnement sanitaire, les motifs de prise en charge en HAD sont plus restreints qu'au domicile du malade (liste des modes en prise en charge en annexe 3 et 4). L'HAD intervient sur un axe sanitaire qui relève de sa compétence.

Elle relève dans les deux cas d'une prescription du médecin traitant ou du médecin hospitalier. Le consentement du patient lui-même ou de son représentant légal est obligatoire au moment de la prescription.

Afin de justifier le recours à une structure d'HAD, le médecin coordonnateur de l'EHPAD note le motif d'intervention de l'HAD dans le dossier du patient, en expliquant pourquoi l'établissement d'hébergement n'était pas en mesure de prendre en charge les soins nécessités par l'état de santé du résident.

La décision d'admission en HAD d'un patient résidant en EHPAD fait l'objet d'une concertation collégiale entre les directions des structures, ainsi qu'entre les deux médecins coordonnateurs.

Chaque intervention donne lieu à la signature d'un protocole de soins entre les deux établissements. Ce protocole personnalisé de soins intègre les modalités spécifiques de réalisation de chaque soin par l'HAD ou le personnel de l'EHPAD. L'intervention des structures d'HAD auprès de résidents de ces établissements doit être complémentaire avec celle des équipes de l'établissement, sans qu'il n'y ait de substitution d'équipes entre les deux structures, ni gêne ou risque dans l'organisation des soins.

Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du patient (suivi en HAD en EHPAD) est le même qu'en HAD conventionnelle. Le médecin traitant est le pivot central de l'organisation de l'hospitalisation à domicile. Il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites, donne son aval à l'admission en HAD, participe à l'élaboration d'un protocole de soins qu'il valide avec le médecin prescripteur et coordonnateur<sup>(15)</sup>. Il reste en relation avec l'équipe de l'HAD et reçoit les transmissions concernant le patient, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur.

Si l'établissement est médicalisé, il devra réaliser les prescriptions relatives à la pathologie justifiant l'HAD (biologie, soins...) et celles relatives à la pathologie pré existante sur des ordonnances différentes.

Au cours de la prise en charge du patient/résident, tout acte de soins significatif effectué par le personnel médical et/ou soignant de l'HAD est porté dans les plus brefs délais à la connaissance de l'équipe médicale et/ou soignante de l'EHPAD. Cette transmission est obligatoirement écrite et traçable. Au terme de la prise en charge, l'HAD remet une copie du dossier de soins au médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Les 3 premiers modes de prise en charge en EHPAD recensés en 2009 sont les « pansements complexes » (46%), les « soins palliatifs » (27%) et la « prise en charge de la douleur » (11%).

L'âge moyen des patients est de 83 ans.

### **4.1.3. Financement de l'HAD en EHPAD**

Dans les établissements non ou faiblement médicalisés, les interventions de l'HAD sont facturées au tarif standard par groupe homogène de tarif (GHT) non minoré.

Le financement des établissements d'hébergement médicalisés relève pour partie de crédits d'assurance maladie permettant l'intervention de personnels de soins. Lors d'une HAD en EHPAD, les soins antérieurement effectués par l'EHPAD (nursing, gestion des médicaments...) restent à la charge des EHPAD, l'HAD ne réalise que les soins en rapport avec la pathologie justifiant l'HAD. Il convient donc d'éviter un double financement pour une même prise en charge.

Dans ce cas, l'intervention d'une structure d'HAD en EHPAD a un impact sur les tarifs facturés par l'HAD. Une minoration est apportée aux tarifs d'intervention de la structure d'HAD sur la base d'un taux unique fixé par l'arrêté tarifaire annuel (13% en 2007, 14% en 2010).

## **4.2. Freins et accélérateurs de l'HAD en EHPAD(D)**

### **4.2.1. Socio-économiques**

Une intervention en EHPAD élimine bon nombre de freins recensés en ambulatoire :

L'EHPAD étant considéré comme le domicile du patient, il n'y a plus de limites d'accessibilité et d'adaptation du logement, ni de frein lié à la nécessité d'aidants familiaux.

La surveillance paramédicale étant assurée, l'environnement est sécurisé pour le patient et pour son médecin traitant.

L'intervention de l'HAD en EHPAD se heurte à plusieurs difficultés.

Certaines d'ordre psychologique : l'HAD est perçue comme une intrusion, une remise en cause des pratiques de soins de l'EHPAD, et un sentiment de retour en arrière. Une responsabilité accrue en particulier pour le personnel de nuit... (Cette charge est également supportée par les aidants familiaux lors de l'HAD conventionnelle).

D'autres d'ordre pratique : la prescription des soins et traitements est plus complexe pour le médecin traitant : les soins relatifs à la pathologie nécessitant l'HAD et figurant dans le protocole de soins devant figurer sur une ordonnance différente des soins habituels (traitements, biologie régulière).

#### 4.2.2. Une volonté politique

Le **plan Solidarité Grand Age** du 27 juin 2006<sup>(22)</sup> met l'accent sur le vieillissement de la population et le manque d'organisation de notre système de santé face à cette augmentation de personnes potentiellement dépendantes. Il vise à *« anticiper les transformations démographiques que va connaître notre pays et adapter notre dispositif à la diversité des attentes et des besoins des personnes âgées »*.

Certains objectifs de ce plan sont favorables à l'HAD :

- **permettre aux personnes âgées de rester chez elles si elles le souhaitent, que leur domicile soit une habitation individuelle ou un équivalent de domicile type institution, en offrant tous les soins nécessaires, des traitements les plus simples aux plus complexes.**

Pour cela, ce plan a doublé les capacités d'hospitalisation à domicile (le nombre de places d'hospitalisation à domicile est passé de 8 000 à 15 000 en 2010).

C'est l'assurance de pouvoir être soigné à domicile (si la prise en charge correspond au champ d'activité de l'HAD). Pour certaines personnes âgées particulièrement fragiles, l'hospitalisation présente un risque de déstabilisation conduisant parfois à une perte définitive d'autonomie. C'est aussi la possibilité de rentrer plus tôt chez soi, tout en gardant des soins médicaux lourds et complexes.

- **Permettre d'apporter temporairement des soins lourds en maison de retraite pour éviter l'hospitalisation**

Il s'agit de modifier la réglementation afin que les services d'HAD puissent intervenir non seulement au bénéfice des personnes qui vivent à leur domicile, mais aussi de celles qui sont en maison de retraite. Les mêmes dispositions seront prises pour les soins palliatifs. Cette mesure a abouti à l'autorisation d'intervention des HAD en EHPAD en 2007 par différents décrets précités.

L'activité des établissements d'HAD en EHPAD connaît un fort développement depuis l'ouverture de cette possibilité en 2007. Elle représente 1,89% des séjours en HAD en 2010.

### **4.3. Un effort messin : la convention tripartite (SAU – HAD – EHPAD)**

L'HAD est un outil qui trouve toute sa place au sein des EHPAD, mais il reste un outil purement thérapeutique. Avant d'arriver au traitement d'une pathologie, il est nécessaire d'établir le bon diagnostic. Le problème est : où faire ce diagnostic ? Ces patients nécessitent souvent une radiographie voire un scanner, une prise de sang, l'élimination d'une pathologie grave ou un geste invasif, indispensable avant un éventuel retour à leur domicile : l'EHPAD. Quel lieu peut prendre en charge tous types de pathologie ? A accès à tous types d'examen complémentaires ? La réponse est évidente : le service d'accueil des urgences.

De ce questionnement est née la convention tripartite entre le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Bonsecours à Metz, l'HADAM (HAD de Metz, rattachée aux Hôpitaux Privés de Metz) et les EHPAD couvertes par l'HADAM.

L'effort messin est favorisé par une particularité territoriale : le régime local de l'assurance maladie, qui permet une discussion à une plus faible échelle et l'aboutissement plus rapide de projets locaux.

#### **4.3.1. Présentation et objectifs**

Cette convention cadre est destinée à améliorer les conditions de recours à l'urgence médicale des résidents des EHPAD.

Les objectifs sont de faciliter l'accès hospitalier en urgence des personnes âgées résidant en EHPA(D), de faciliter le dialogue et les échanges avec un médecin hospitalier de référence, et dans le cadre d'hospitalisations récurrentes d'un résident, de faciliter le retour de la personne âgée en maison de retraite, après hospitalisation.



#### **4.3.2. Cadre légal**

Les signataires s'engagent après appréciation médicale de la nature de l'urgence présentée

- à maintenir, le résident en maison retraite, en lui apportant si nécessaire le recours du service d'hospitalisation à domicile,
- à raccourcir le séjour du résident dans les services d'urgence (services de portes), en utilisant tous les moyens appropriés permettant le retour rapide à l'EHPAD,
- à garantir l'accès aux moyens d'investigations et aux services d'hospitalisation spécialisée, pour les résidents maintenus en EHPAD dans ce contexte.

#### **4.3.3. Protocole**

En cas de besoin, le médecin traitant adresse le patient en Service d'Accueil des Urgences pour la prise en charge initiale. Une fois le diagnostic posé et la thérapeutique initiée, le service ayant pris en charge le patient contacte le médecin coordonnateur de l'HAD dont il dépend (après accord de prise en charge par le médecin traitant) pour initier l'hospitalisation à domicile au sein de l'EHPAD.

Partie 3 :  
Utilisation de l'HAD en EHPAD par les  
médecins généralistes messins

---

# Contexte de l'Etude

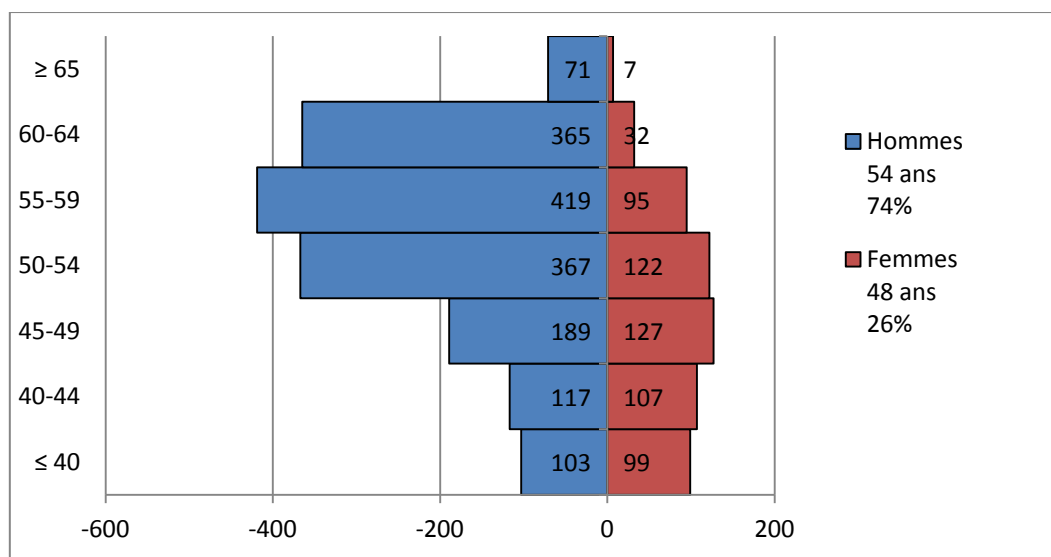
## 1. Démographie médicale en Lorraine

La Lorraine est une région sous dotée en médecins, elle compte 276 médecins (généralistes et spécialistes) par 100000 habitants, bien en dessous de la moyenne nationale de 307 médecins par 100 000 habitants

Au 1<sup>er</sup> juin 2011, les 84 bassins de vie<sup>2</sup> de la région Lorraine recensent 3219 médecins généralistes inscrits aux tableaux des Ordres Départementaux en activité régulière. 61,5% des médecins généralistes exercent en mode libéral exclusif et 6,7% en mode mixte avec une dominante libérale.

Agés en moyenne de 54 ans, les hommes représentent 74% des médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Lorraine. Les femmes ont une moyenne d'âge de 48 ans.

Figure 4: Pyramide des âges des médecins libéraux et mixtes Lorrains (Source CNOM 2009)



Source : Atlas démographie médicale, CNOM 2009

- 19% des généralistes libéraux et mixtes sont âgés de moins de 45 ans et 21% sont âgés de 60 ans et plus
- Parmi les médecins généralistes âgés de moins de 40 ans, 49% sont des femmes.

<sup>2</sup> Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi

Un bassin de vie compte en moyenne 4,1 médecins généralistes pour 5 000 habitants. 45% des bassins de vie de la région Lorraine sont caractérisés par une densité faible (inférieure à la moyenne).

**Tableau 1: Répartition des médecins généralistes par départements en 2011**

Département Région	Hommes	Femmes	Total	% femmes	Densité par 100000 hab	% ≥ 55 ans
Meurthe et Moselle	676	467	1143	41%	153,9	25%
Meuse	175	63	238	26%	118,7	45%
Moselle	896	442	1338	33%	125,8	30%
Vosges	313	187	500	37%	127	54%
<b>Lorraine</b>	<b>2060</b>	<b>1159</b>	<b>3219</b>	<b>36%</b>	<b>134</b>	<b>27%</b>

Source : Atlas de la démographie médicale, CNOM 2011<sup>(23)</sup>

Le département de la Moselle où se situe notre étude compte 1338 médecins généralistes, dont la moyenne d'âge est de 52 ans. Parmi ces médecins, 33% sont des femmes.

## 2. Avenir de notre système de santé

### 2.1. Vieillesse de la population

Le vieillissement de la population (qui tient essentiellement à la montée en âge des générations nombreuses du babyboom et à la progression de l'espérance de vie) pose un défi majeur à notre système de soins. Si, d'un côté, les problèmes de santé des personnes âgées apparaissent aujourd'hui plus tardivement et concernent surtout les plus de 75 ans, de l'autre ils toucheront davantage de personnes avec l'arrivée au seuil de la vieillesse des générations nombreuses du baby-boom. Il y aura donc d'avantage d'individus souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui aura un effet important sur le système de soins. Leurs fragilités (physique, psychique ou psychologique) ainsi que leurs pathologies multiples impliqueront une prise en charge adaptée. Le système de santé français est-il en mesure de répondre à ces besoins ?

Le 2 juin 2010, le gérontopôle de Toulouse a rendu publics les résultats d'une étude nationale, baptisée **PLEIAD**<sup>(24)</sup> (étude épidémiologique descriptive en EHPAD) qui analyse les mouvements des résidents entre les EHPAD et les hôpitaux, afin de mesurer le risque d'aggravation des facteurs de fragilisation de ces malades et de leur dépendance en fonction de leurs conditions de transfert et de leurs pathologies. Elle montre que 70% des résidents en EHPAD effectuent des séjours fréquents en hôpital.

## **2.2.Un recours trop fréquent à l'hospitalisation traditionnelle**

L'hospitalisation classique est une réponse peu adaptée aux besoins de cette population spécifique. Une fois entrées par les urgences, les personnes âgées séjournent à l'hôpital en moyenne plus longtemps que le reste de la population hospitalisée. Elles passent souvent d'un service à un autre au sein de l'hôpital, ces trajectoires s'expliquant essentiellement par la non disponibilité de lits dans les services qui seraient les mieux adaptés à leurs besoins.

Plusieurs raisons médicales peuvent justifier cet allongement de la durée d'hospitalisation : la plus lente récupération des personnes âgées, les risques de décompensation qu'elles courent ou encore les difficultés éventuelles rencontrées pour établir un diagnostic... Mais cette durée d'hospitalisation peut également avoir d'autres causes : une perte d'autonomie pour repartir à son domicile à l'issue de son séjour en hôpital, une mauvaise anticipation de l'organisation des sorties ainsi que des relations insuffisantes entre l'hôpital et les soins de ville, mais aussi entre l'hôpital et les EHPAD. Par ailleurs, le manque de places dans des établissements adaptés (soins de suite et de réadaptation [SSR] ou EHPAD) peut expliquer que l'hospitalisation de ces patients perdure.

Plus ces patients sont âgés, plus leurs aidants familiaux sont âgés et fatigables et ne peuvent que difficilement gérer leurs parents à domicile.

L'hospitalisation de patients très âgés tend à aggraver leurs fragilités physiques ou psychologiques. Une étude récente a mis en évidence un quasi-doublement de la dépendance lourde des patients accueillis en EHPAD au retour d'une hospitalisation, ainsi qu'une aggravation des facteurs de fragilisation (observé grâce à trois indicateurs : les chutes, la contention et la perte de poids). Ces problèmes sont connus, mais cela n'empêche pas la surreprésentation des personnes de plus de 60 ans dans la population hospitalisée : alors qu'elles ne constituent que 22 % de la population globale.

L'hôpital lui-même doit se réorganiser pour faire face au défi du vieillissement.

Le développement accru de l'hospitalisation à domicile et le recours à des dispositifs de télésoin pourraient contribuer à améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées, tout en désengorgeant les services hospitaliers.

### **3. Place de l'HAD**

Sans être spécifiquement dédiée à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, une part non négligeable de l'activité des établissements d'HAD est naturellement tournée vers ces personnes. Leur expertise en matière de coordination et d'anticipation, et le caractère résolument pluridisciplinaire de leurs actions, expliquent en grande partie cette spécificité, tout particulièrement la prise en charge sociale qui permet d'organiser la dépendance simple liée au vieillissement.

En 2010, la prise en charge de personnes de 75 ans et plus a représenté près de 40 % de l'activité d'HAD en France en journées (et un quart des séjours), soit près d'un million et demi de journées.

Près de deux tiers des séjours de personnes de 75 ans et plus réalisés en HAD se situent en aval d'une hospitalisation, un tiers de ces séjours étant quant à eux directement prescrits par le médecin traitant (que le patient réside à son domicile ou en institution). Ce sont ainsi près de 12 000 séjours d'hospitalisation conventionnelle, avec les conséquences que cela peut avoir pour les sujets âgés et en perte d'autonomie, qui ont pu être évités ou retardés.

## 4. Justificatif de notre étude

Grâce à la réalisation de SASPAS, "Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé", j'ai eu le privilège de travailler dans un service d'Hospitalisation à Domicile.

Mon choix de SASPAS a été guidé par cette particularité : la possibilité de savoir qu'est ce que l'HAD et comment ça fonctionne. Dans notre cursus d'externat de médecine, les stages proposés étaient purement hospitaliers, l'application d'un travail hospitalier au domicile du patient m'intéressait tout particulièrement. Au cours de ce stage, j'ai pu découvrir des hommes et des femmes impliqués dans le développement de leur « outil » qu'était l'HAD. Ces médecins et paramédicaux ont une telle foi et une telle implication dans leur structure que cela dépasse le stade de simple emploi, c'est une vocation.

Cet engagement pour le développement de l'HAD m'a été transmis. Ce qui m'intéressait tout particulièrement est la relation entre l'HAD et les médecins généralistes. J'ai pu constater que l'HAD dans laquelle je travaillais, l'HADAM, entretenait des relations fortes avec le monde libéral, ce qui a été récompensé par un fort taux de prescription d'HAD par les médecins généralistes.

Un point novateur dans l'HAD est son intervention au sein des EHPAD. Cette particularité m'était inconnue. En discutant de ce point avec ma directrice de SASPAS, Mme le Docteur Sophie SIEGRIST, nous nous sommes interrogées sur les caractéristiques des médecins généralistes qui prescrivaient l'HAD au sein des EHPAD, étaient-ils différents des autres médecins, prescripteurs d'HAD ou non ? Et pourquoi l'HAD était-elle si peu utilisée au sein des EHPAD ? Y avait-il une relation avec les pathologies retrouvées ? Etait-ce une autre caractéristique des médecins ?

Il nous a paru intéressant d'approfondir le profil des médecins généralistes utilisant l'HAD au sein des EHPAD et la correspondance entre les pathologies retrouvées en EHPAD et celles prises en charge en HAD, afin de proposer quelques pistes de réflexions et d'action sur les critères modifiables, et ainsi développer ce mode de prise en charge au sein des EHPAD.

# Matériel et méthode

---

## 1. Population étudiée

L'HAD reste un mode d'hospitalisation modérément utilisé par les médecins généralistes, il découle du rapport d'activité de l'HADAM que seuls 50 % des médecins généralistes de Metz et agglomération utilisent l'HAD. Ce chiffre reste stable depuis plusieurs années. Sur ces 50%, combien utilisent l'HAD au sein des EHPAD ? En 2010, on retrouve 51 séjours HAD en EHPAD, dont la moitié prescrits par des praticiens hospitaliers.

Afin d'éviter un biais de sélection de part la couverture incomplète du département et de la région par les structures d'HAD, nous étudierons les réponses des médecins exerçant dans la zone d'activité de l'HADAM, à Metz et environs.

Compte tenu du faible taux de réponses du mode de recueil de données choisi (le questionnaire) et de l'absence de liste de médecins utilisant (ou ayant utilisé) l'HAD dans cette zone. Nous faisons le choix d'interroger tous les médecins généralistes exerçant dans cette zone. Nous espérons ainsi rassembler une population suffisante pour permettre une analyse fine des données selon le critère d'utilisation de l'HAD en EHPAD ou non.

La base de données des médecins est élaborée à partir des médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre et installés dans les cantons d'Ars sur Moselle, Maizières les Metz, Marange-Silvange, Metz, Montigny, Pange, Rombas, Verny, Vigy et Woippy.

On dénombre 365 médecins correspondant aux critères d'inclusion en décembre 2010 lors de l'élaboration de la liste de diffusion.

Les critères d'inclusion sont : être médecin généraliste (dont les médecins ayant une autre activité à temps partiel) en activité régulière, thésé, installé en libéral et exercer dans une commune couverte par l'HADAM.

Selon la définition ordinale, l'activité régulière est caractérisée par des médecins qui exercent une activité au même endroit.

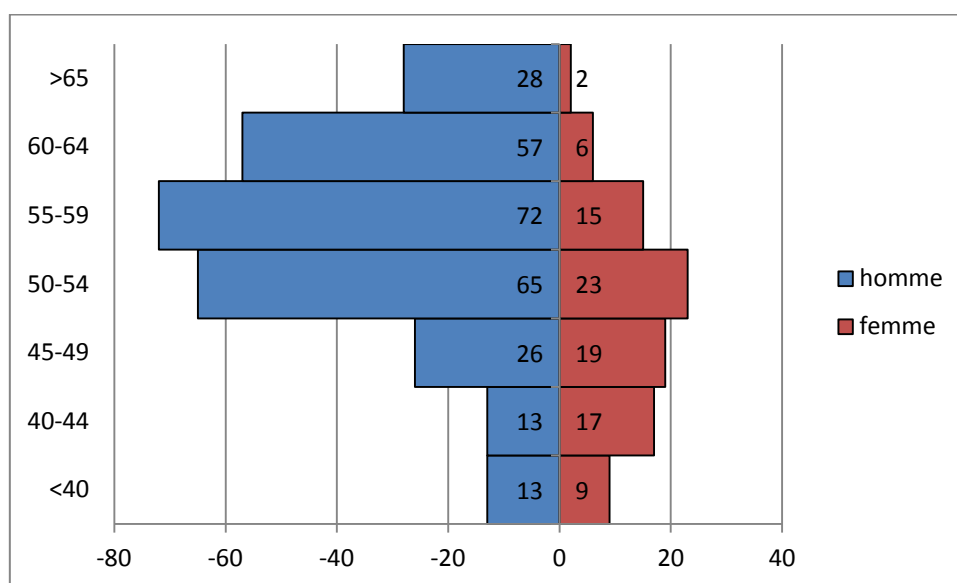


Les critères de non inclusion sont : médecin spécialiste, médecin remplaçant, être exclusivement médecin salarié ou médecin exerçant exclusivement en tant que coordonnateur d'EHPAD.

Caractéristiques des médecins interrogés :

- moyenne d'âge de 54 ans ;
- une médiane de 55 ans, avec un écart type de 8,28 ans ;
- Cette médiane est abaissée à 49 ans chez les femmes et augmentée à 56 ans chez les hommes ;
- Age minimum de 32 ans ;
- Age maximum de 79 ans ;
- Répartition homme /femme : 76% d'hommes et 24% de femmes.

Figure 5: Pyramide des âges des médecins généralistes interrogés



## 2. Méthode utilisée

L'HAD a déjà fait l'objet de nombreuses thèses relatant son évolution, les caractéristiques de son fonctionnement, le rôle du médecin traitant, le ressenti des patients ou des aidants familiaux, la formation des médecins à l'HAD... Ces thèses se basent sur des études de cas, un recueil de données, des revues de la littérature ou des questionnaires. Cet engouement pour l'HAD assure une meilleure information des jeunes médecins en cours d'étude, mais qu'en est-il des médecins diplômés avant l'apparition de l'HAD ? Ou ceux qui n'ont pas été confrontés à l'HAD dans leur pratique ?

Sur le plan national, l'utilisation de l'HAD au sein des EHPAD reste très faible malgré la législation de 2007, nous réalisons ce travail de thèse afin de décrire le profil des médecins généralistes utilisant l'hospitalisation à domicile au sein des EHPAD sur le territoire de l'HADAM.

L'objectif secondaire est de décrire la part des pathologies retrouvées en EHPAD pouvant être prises en charge en HAD.

Nous avons fait le choix d'une étude descriptive et transversale, dont le mode de recueil de données privilégié est le questionnaire.

L'élaboration du questionnaire s'est basée sur les interrogations de plusieurs médecins généralistes concernant l'HAD, les textes de loi définissant le cadre de l'HAD et ses caractéristiques dans les EHPAD, ainsi que les sites internet de l'HADAM et de la FNEHAD.

Le questionnaire de cette enquête transversale porte sur 3 axes principaux :

- Les caractéristiques de la population étudiée,
- L'Hospitalisation à domicile en général,
- L'HAD en EHPAD.

Après plusieurs ébauches et plusieurs semaines de rédaction, le questionnaire a été testé par des médecins généralistes, médecins coordonnateurs d'EHPAD, ainsi qu'aux médecins coordonnateurs de l'HADAM (Dr HULLEN, Dr JESSER-COGNIOUL).

Sur conseil de notre Président de Jury Professeur Athanase BENETOS, nous optimisons le questionnaire auprès de notre consœur épidémiologiste le Dr Nelly AGRINIER.

### 3. Conception du questionnaire

L'HAD étant un vaste sujet, le questionnaire comporte 28 questions (dont certaines à choix multiples). Ce sont majoritairement des questions fermées pour faciliter l'analyse des résultats.

Un champ est laissé libre en fin de questionnaire pour permettre d'éventuelles remarques.

Par un champ « Email », nous donnons la possibilité aux médecins répondeurs de prendre connaissance de notre travail au terme de cette étude.

#### 3.1. Partie Identité

Les principales interrogations soulevées par cette partie sont :

- Les médecins interrogés répondent-ils aux critères d'inclusion ?

Malgré la sélection des médecins inscrits au tableau de l'ordre sous le libellé « médecine générale », certains ont une activité purement salariée ou limitée à un champ d'activité tel que l'angiologie, l'ostéopathie... ces questions limiteront les biais de sélections.

- L'environnement influe-t-il sur l'utilisation de l'HAD en EHPAD ?

Un médecin ayant un exercice de groupe utilisera-t-il plus l'HAD ? Se formera-t-il mieux qu'un médecin exerçant seul ? Utilise-t-on plus l'HAD en milieu urbain ?

Toutes ces questions visent à définir l'impact du lieu et du mode d'exercice sur les habitudes d'utilisation de l'HAD, notamment en EHPAD.

- Les médecins utilisant l'HAD en EHPAD sont-ils mieux formés ?

Une thèse précédente décrivait une meilleure formation des médecins généralistes à l'HAD par rapport à 2003<sup>(16)</sup>. Nous nous interrogeons sur l'impact de la formation médicale continue et la formation complémentaire (Diplôme [Inter] Universitaire, Capacité, Diplôme d'Etude Complémentaire Spécialisé) sur l'utilisation de l'HAD, plus particulièrement en EHPAD.

### 3.2. Partie HAD en général

La partie HAD en général s'applique à définir l'expérience personnelle des médecins interrogés concernant l'HAD.

On constate selon plusieurs précédentes thèses que malgré les 50 ans d'existence de l'HAD et l'essor de ces dix dernières années, certains médecins ne connaissent pas l'HAD<sup>(16)</sup>. Il m'a paru nécessaire de poser une question aussi basique avant d'explorer leurs connaissances.

Ce chapitre interroge les médecins sur leur premier contact avec l'HAD, par des moyens aussi variés que les formations médicales continues, la recherche personnelle, la « mise devant le fait accompli » par transfert d'un de leurs patients en HAD à leur sortie d'hospitalisation (qui peut être vécu comme une contrainte), ou simplement par le bouche à oreille.

Dans un second temps, les médecins sont interrogés sur leur expérience en HAD : l'année de leur première prise en charge de l'HAD, le nombre de patients qu'ils ont suivi en 2010, pour quels types de pathologies...

Cette partie nous semble importante afin de définir l'influence de ces éléments sur l'utilisation en EHPAD. Plusieurs hypothèses sont envisagées : un médecin qui utilise l'HAD depuis longtemps aura plus tendance à l'utiliser en EHPAD (sous réserve d'avoir des patients dans ces structures) ? Utilisent-ils l'HAD pour des pathologies principalement gériatriques ?

Pour clore ce chapitre, nous recueillons leur opinion concernant les raisons qui leur ont fait utiliser l'HAD (ou ses freins). Ceci permet d'avoir un aperçu de l'opinion des médecins sur l'HAD. Est-elle perçue comme un moyen de diminuer les hospitalisations ? Ou comme un désengagement des hôpitaux ? Mais surtout ces opinions sont-elles différentes selon le type de domicile (propriété privée ou EHPAD) du patient éligible à l'HAD ?

### **3.3. Partie HAD en EHPAD**

Cette dernière partie se divise en plusieurs items.

Premièrement, nous évaluons le nombre de patients institutionnalisés suivis par chaque médecin, ainsi que les pathologies fréquemment rencontrées chez ces patients. Cela nous permet d'évaluer si la prise en charge des pathologies présentes chez ces patients est réalisable en HAD.

Deuxièmement, nous nous intéressons au critère principal de notre étude : l'utilisation de l'HAD en EHPAD.

Troisièmement, nous nous attachons à décrire les connaissances des médecins généralistes répondants concernant la prescription de l'HAD en EHPAD. Cette question vise à définir les inégalités de connaissances entre les médecins utilisant l'HAD en EHPAD et ceux ne l'utilisant pas.

Quatrièmement, nous interrogeons les médecins répondants sur les raisons qui leur ont fait utiliser l'HAD en EHPAD (ou ses freins). Ceci permet d'avoir un aperçu des motivations des médecins utilisant l'HAD en EHPAD, et les raisons de non recours par ceux ne l'utilisant pas. Les réponses seront comparées à celles recueillies par la question similaire dans le chapitre HAD en général. Nous espérons ainsi évaluer si le critère EHPAD modifie les facteurs et freins à l'utilisation de l'HAD.

L'étude étant menée sur le territoire de l'HADAM, nous questionnons les médecins sur leur connaissance des conventions passées entre les EHPAD, l'HAD et le service d'accueil des urgences messines (permettant de faciliter l'hospitalisation en HAD des patients résidents en EHPAD). Ces conventions nécessitant l'accord préalable du médecin généraliste pour l'hospitalisation en HAD en aval des urgences, dès le transfert du patient au service d'accueil des urgences. Nous dichotomiserons les réponses selon le critère utilisation de l'HAD en EHPAD et non utilisation de l'HAD en EHPAD.

Notre étude se termine par une évaluation des connaissances du mode de fonctionnement de l'HAD en EHPAD. L'objectif de cette question est de définir si le manque de connaissance est un frein à la prescription d'HAD en EHPAD.

## **4. Diffusion du questionnaire**

Chaque médecin a reçu un questionnaire de 4 pages marqué d'un identifiant (pour faciliter le suivi des réponses), accompagné d'une lettre de présentation et d'une enveloppe de retour préaffranchie.

L'envoi des questionnaires s'est déroulé entre le 15 et le 30 avril 2011 par le biais postal de l'HADAM (sans logo ni tampon de la structure afin de ne pas influencer les réponses des médecins généralistes).

Le retour des questionnaires a eu lieu entre le 18 avril et le 10 août 2011.

Aucune relance n'a été effectuée.

## **5. Méthode d'analyse des résultats**

Après retour des questionnaires, les réponses aux différents items ont été reproduites dans un masque de saisie élaboré sur le logiciel libre Epidata par D<sup>r</sup> Matthieu Schockmel (interne de santé publique) et D<sup>r</sup> Nelly Agrinier (médecin épidémiologiste de la faculté de médecine de Nancy).

Les questionnaires retournés sont marqué d'un identifiant. Le nom du médecin ayant répondu n'est pas présent sur ces données.

Dans ce masque de saisie, chaque questionnaire retourné est corrélé à une entrée, dont seul l'identifiant médecin répondeur les différencie. Les réponses sont ainsi anonymes. La correspondance entre identifiant et médecin, disponible sur une liste d'envoi des questionnaires, n'aurait servi qu'en cas de relance.

Après saisie de tous les questionnaires, les données ont été analysées grâce au logiciel Epidata Analysis. L'analyse statistique a été confiée au D<sup>r</sup> Matthieu Schokmel et au D<sup>r</sup> Nelly Agninier.

# Résultats

## 1. Analyse descriptive de la population répondante

Sur les 365 questionnaires envoyés aux médecins généralistes thésés, installés dans les cantons couverts par l'HAD de Metz (HADAM), nous avons recueilli 108 réponses (29.6%). A noter : deux réponses tardives ont été exclues car arrivées après analyse des résultats.

Les critères d'inclusion de l'étude font l'objet d'un item au début du questionnaire, permettant d'éliminer un biais de sélection. Sur les 108 réponses, onze répondants ne remplissent pas au moins un critère d'inclusion. Le nombre de questionnaires exploitables est ramené à 97.

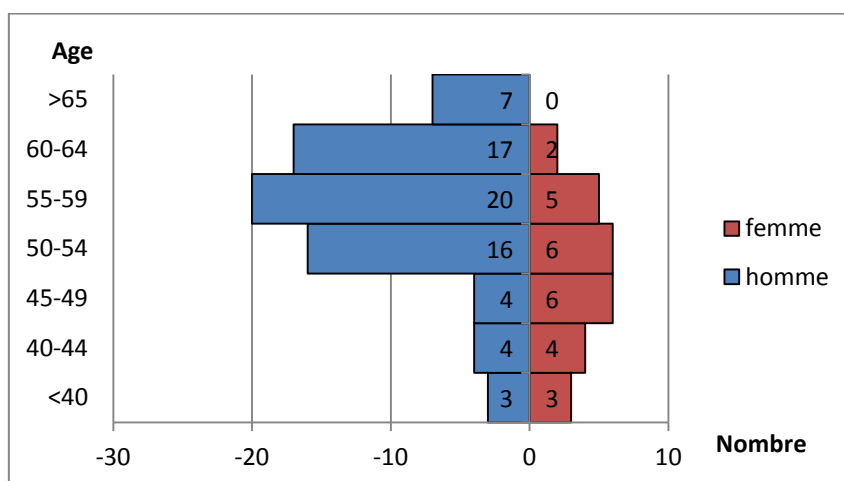
### 1.1. Profil des médecins répondants

Parmi les 97 médecins ayant répondu qui correspondent aux critères d'inclusion, nous retrouvons :

- 28% de femmes et 72% d'hommes ;
- Une moyenne d'âge de 52,4 ans ;
- Un âge médian de 53 ans ;
- Un âge minimum de 32 ans ;
- Un âge maximum de 68 ans.

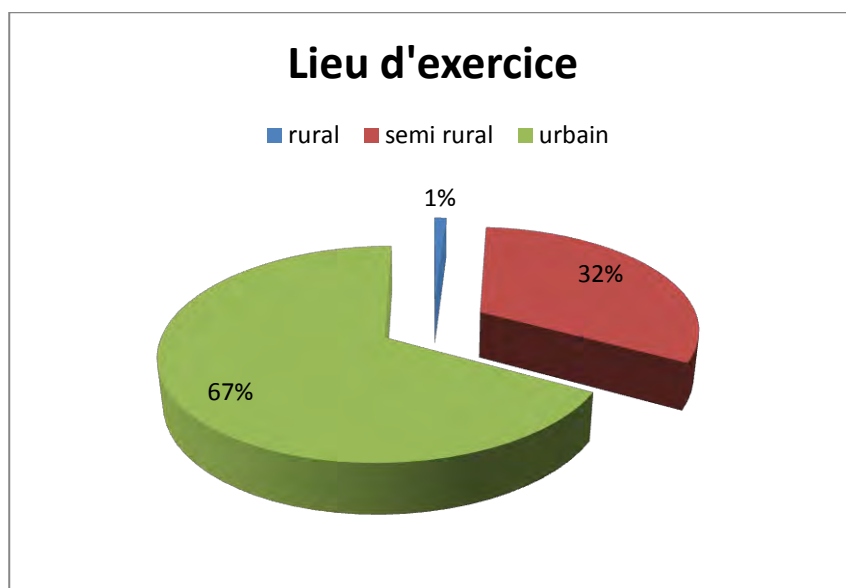
Dans la population médicale de moins de 50 ans, la répartition homme/femme est de 50/50.

Figure 6: Pyramide des âges des médecins répondants



Les généralistes interrogés exercent principalement en milieu urbain (67%), contre 32% en milieu semi rural. Seul 1% des répondeurs travaille en zone rurale.

Figure 7: lieu d'exercice des médecins répondeurs



## 1.2. Critère principal : utilisation de l'HAD en EHPAD

88.7% des médecins répondeurs utilisent l'HAD pour leurs patients en ambulatoire. 34.1% l'utilisent également en Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées (plus ou moins dépendantes).



## 2. Objectif principal : Décrire le profil des médecins généralistes utilisant l'HAD en EHPAD

Le profil des médecins généralistes utilisant l'HAD en EHPAD sera évalué selon 3 axes pouvant influencer leur utilisation de l'HAD en EHPAD :

- Leurs caractéristiques environnementales,
- Leur formation et information sur l'HAD en EHPAD,
- Leur expérience personnelle.

Les informations apportées par ces 3 sous-thématiques nous permettront de comparer le profil de ces médecins utilisant l'HAD en EHPAD avec celui des médecins ne l'utilisant pas. Cette analyse a pour but d'objectiver des différences significatives sur des critères modifiables.

Toutes les analyses effectuées seront décrites d'une part sur l'échantillon global de 97 médecins répondants (appelé **TOTAL**) et d'autre part en faisant la dichotomie :

- médecin utilisant l'HAD en EHPAD (que nous appellerons **EHPAD +**), échantillon de 31 médecins,
- médecin n'utilisant pas l'HAD en EHPAD (appelés **EHPAD -**), échantillon de 60 médecins.

## 2.1. Influence de l'environnement sur utilisation de l'HAD en EHPAD.

### 2.1.1. Profil des médecins utilisant l'HAD en EHPAD

#### 2.1.1.1. Sexe

Tableau 2: Répartition par sexe des médecins répondeurs

	TOTAL	EHPAD +	EHPAD -
Femmes	28,0%	30,0%	26,7%
Hommes	72,0%	70,0%	73,3%

La répartition homme /femme est approximativement la même dans les 2 groupes, et correspond à l'échantillon global.

#### 2.1.1.2. Age

Tableau 3: Répartition par âge des médecins répondeurs

	TOTAL	EHPAD +	EHPAD -
Age moyen	52.4 ans	53.9 ans	51.3 ans
Ecart type	8.3 ans	8.2 ans	8.5 ans

Les médecins répondeurs ont en moyenne d'âge de 52.4 ans, avec un écart type de 8.3 ans.

La différence d'âge entre les 2 groupes est non significative selon le test de Student ( $p=0.17$ ), il n'y a pas de relation entre l'âge des médecins et leur utilisation de l'HAD en EHPAD.

### 2.1.2. Lieu d'exercice

Tableau 4: Répartition par lieu d'exercice des médecins de chaque groupe

	TOTAL		EHPAD +		EHPAD -	
Rural	1	1,0%	0	0,0%	1	1.7%
Semi-rural	31	32,0%	9	29,0%	19	31,7%
Urbain	65	67,0%	22	71,0%	40	66,6%

Les médecins répondeurs exercent à 67% en milieu urbain, 32% en milieu semi-rural et 1% en milieu rural. Le test du Chi 2 n'objective pas de différences significatives entre les 2 groupes ( $p=0.73$ ).

### 2.1.3. Mode d'exercice

Tableau 5: Répartition par mode d'exercice des médecins de chaque groupe

	TOTAL		EHPAD +		EHPAD -	
Seul	37	38,1%	5	16,1%	28	46,7%
Cabinet de groupe	60	60,9%	26	83,9%	32	53,3%

Les médecins répondants exercent pour 38,1% d'entre eux seuls dans un cabinet, et 60,9% exercent en cabinet de groupe.

La différence est plus marquée dans le groupe EHPAD +, dont 83,9% exercent en cabinet de groupe, contre seulement 53,3% dans le groupe EHPAD -.

Selon le test de Chi2, le critère « mode d'exercice en cabinet de groupe » est significatif ( $p=0.010$ ). Le mode d'exercice en cabinet de groupe est un critère influençant l'utilisation de l'HAD en EHPAD.

### 2.1.4. Activité annexe

Tableau 6: Description des activités annexes des médecins de chaque groupe

	TOTAL		EHPAD +		EHPAD -	
EHPAD	15	15,5%	12	38,7%	3	5,0%
Autre	5	5,2%	4	12,9%	1	1,7%
Sans autre activité	77	79,3%	15	48,4%	56	93,3%

On remarque que les médecins du groupe EHPAD + ont plus d'activités annexes à leur exercice en cabinet que ceux du groupe EHPAD-.

Certains médecins généralistes sont également coordonnateurs d'EHPAD, ce qui explique la part importante d'activités annexes dans le groupe EHPAD + et la différence significative ( $p<0.0001$ ) observée entre les 2 groupes pour l'item « Maison de retraite et EHPAD ».

Cette différence est également significative ( $p=0.0258$  selon le test du Chi 2) pour l'item « Autre ».

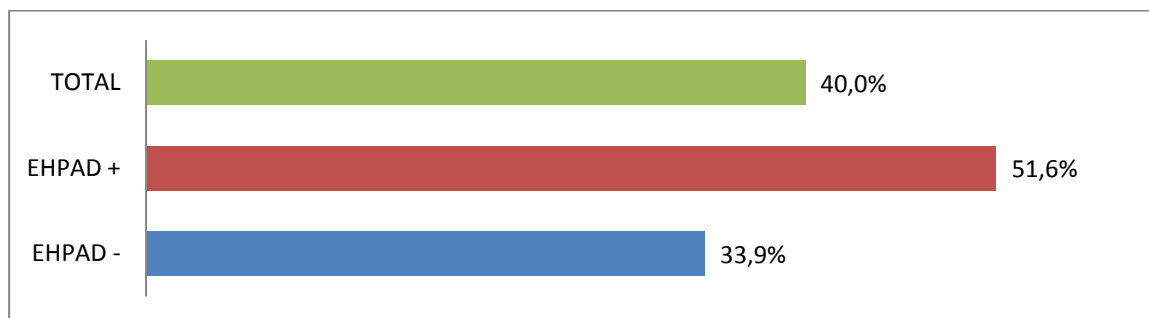
Au total, 51,6% des médecins EHPAD + s'investissent dans des activités annexes à leur exercice de médecine de ville, contre 6,7% des médecins EHPAD -.

## 2.2. Influence de la formation médicale sur l'utilisation de l'HAD en EHPAD.

### 2.2.1. Formation médicale des médecins utilisant l'HAD

#### 2.2.1.1. Diplômes complémentaires

Figure 8: Pourcentage de médecin des deux groupes ayant une spécialisation (DU, DIU, DESC)



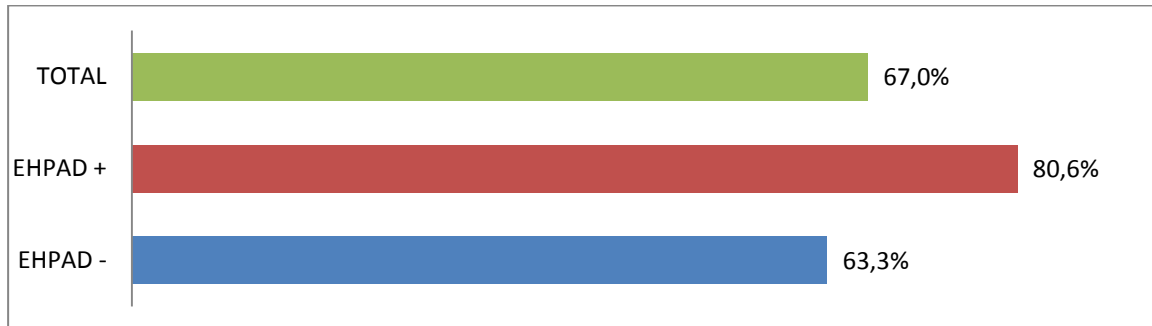
40% des médecins répondants sont spécialisés dans un domaine. On remarque que cette proportion passe à 51.6% des médecins du groupe EHPAD+ contre 33.9% du groupe EHPAD- .

La taille de l'échantillon n'a pas permis une différence significative entre les deux groupes (test du Chi 2 :  $p=0.10$ ).

Les spécialisations retrouvées sont diverses : gériatrie (12), nutrition (4), gynécologie(2), médecine du sport (10), homéopathie(7), médecine manuelle (2), pédiatrie(1), médecine juridique(2), médecine aéronautique (2), médecine générale (2)...

### 2.2.1.2. Participation aux formations médicales continues

Figure 9: Pourcentage de médecins de chaque groupe ayant participé à une ou plusieurs formations médicales continues dans l'année précédente



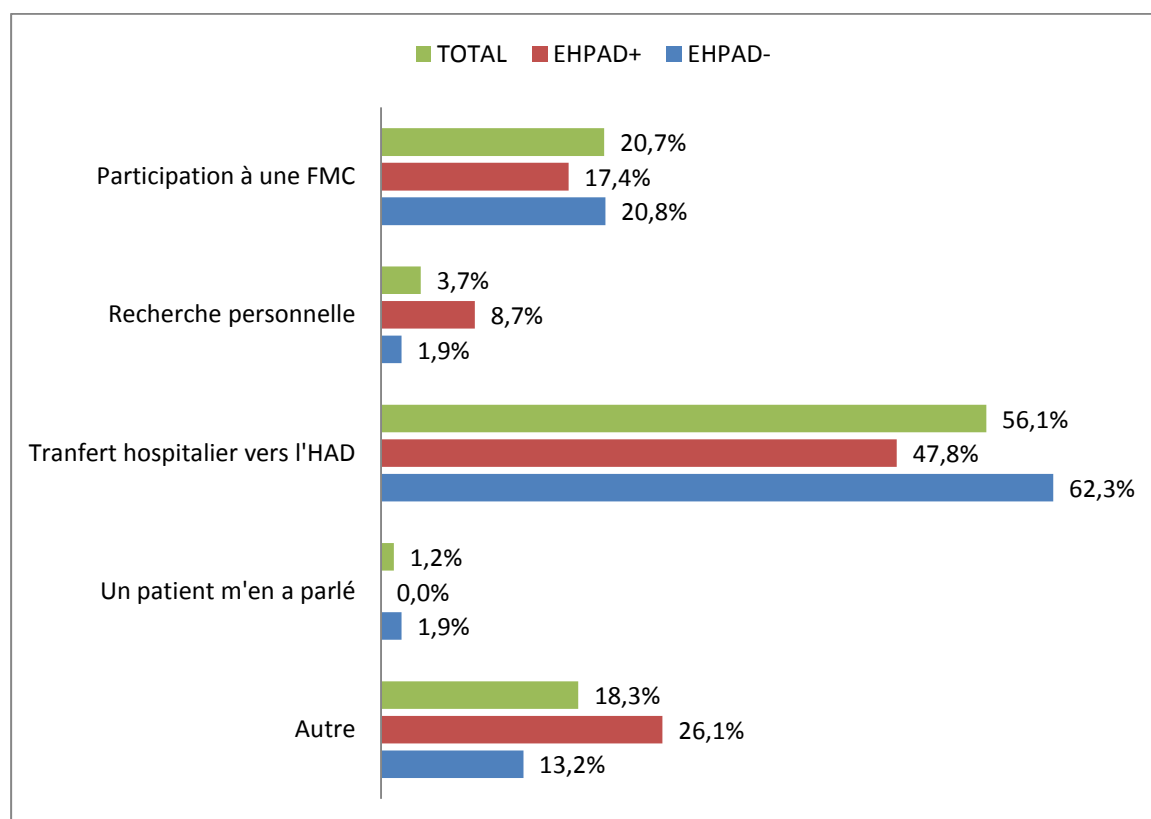
67,0% des médecins répondants participent à des formations médicales continues (FMC). Les médecins du groupe EHPAD+ sont plus actifs dans leur formation continue que les médecins du groupe EHPAD- (80.6% versus 63.3%). La taille de l'échantillon n'a pas permis de différence significative sur ce critère ( $p=0.089$  selon le test du Chi2).

## 2.2.2. Informations concernant l'HAD

### 2.2.2.1. Par quel moyen les médecins généralistes ont-ils connus l'HAD ?

97,9% des médecins interrogés connaissent l'HAD.

Figure 10: Moyen par lequel les médecins généralistes ont connu l'HAD



Cette figure répond à la question Q13 du questionnaire (annexe 4). Une seule réponse était possible.

56.1% des répondants ont connu l'HAD suite au transfert de l'un de leurs patients de l'hôpital en l'HAD. La formation médicale continue n'a fait découvrir l'HAD qu'à 20.7% des répondants, et seuls 3.7% ont connu l'HAD lors de recherches personnelles. A noter que 18.3% ont répondu « autre ».

Selon les médecins ayant répondu « autre », l'HAD fait partie du milieu médical local. Certains ont suivi la création d'une antenne HAD, d'autres ont des contacts avec le personnel de l'HAD. D'autres encore ont pris connaissance de l'HAD suite à une proposition d'admission d'un de leurs patients en HAD, ou lors du suivi de celui-ci.

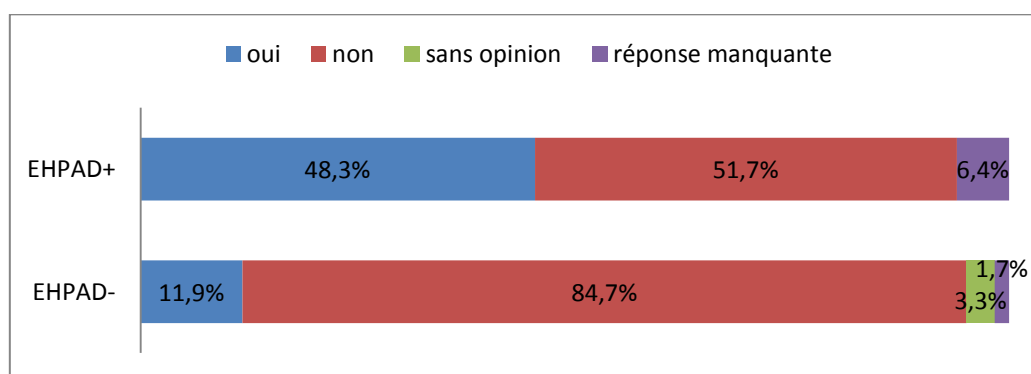
L'item « participation à une formation médicale continue » appelait une précision de la part des répondants : ils ont participé à des FMC réalisées par l'HAD de l'Hôpital Sainte Blandine à Metz

(Hôpital dont dépend la structure d'HAD messine), des FMC organisées par HADLOR, ou par évocation de l'HAD au cours de FMC concernant d'autres thèmes.

En comparant les deux groupes de répondants, on remarque que les médecins du groupe EHPAD+ ont réalisé plus de recherches personnelles concernant l'HAD (8.7%) et ont plus répondu « autre », ils ont une meilleure connaissance du paysage sanitaire local. La découverte de l'HAD à la suite de l'hospitalisation d'un de leurs patients représente moins de 50% de leurs modes de connaissance, contrairement au groupe EHPAD - (62%).

#### 2.2.2.2. Connaissance de la convention HADAM-SAU-EHPAD

Figure 11: Pourcentage de médecins des deux groupes ayant connaissance de la convention tripartite HADAM - EHPAD - SAU messin



Comme décrit dans l'introduction, une convention a été signée entre l'HADAM, les EHPAD couverts par l'HADAM et le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Régional, Hôpital Bonsecours de Metz.

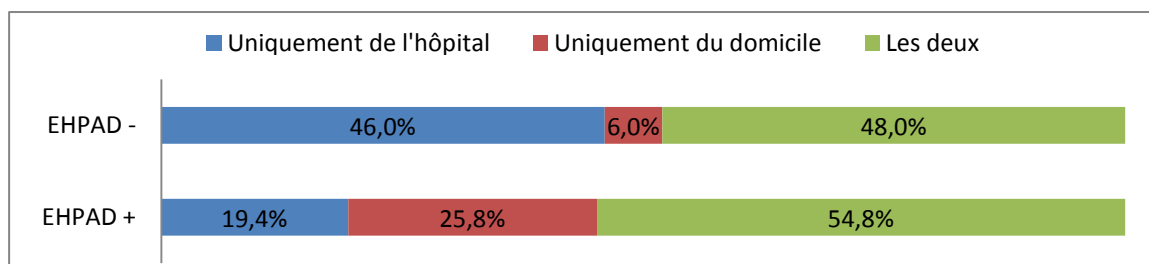
Cette convention est connue de 48.3% des médecins du groupe EHPAD+, et seulement 11.9% des médecins du groupe EHPAD-. De nombreux médecins du groupe EHPAD+ sont également coordonnateurs d'EHPAD, et ont donc signé ces conventions.

### 2.2.3. Connaissances de l'organisation de l'HAD

#### 2.2.3.1. Origine du patient

Nous avons demandé aux médecins « D'où viennent les patients à qui vous prescrivez une HAD ? ». Il était précisé que plusieurs réponses étaient possibles.

Figure 12: Provenance possible du patient hospitalisé en HAD



Seule la moitié des répondants ont connaissance de la double entrée des patients en HAD, à la fois à leur sortie d'hôpital et en provenance directe de leur domicile.

46% des médecins du groupe EHPAD- pensent que l'entrée d'un patient en HAD ne se réalise qu'en relais hospitalier (contre seulement 19.4% des médecins utilisant l'HAD en EHPAD), et donc ne savent pas qu'ils peuvent initier une HAD.

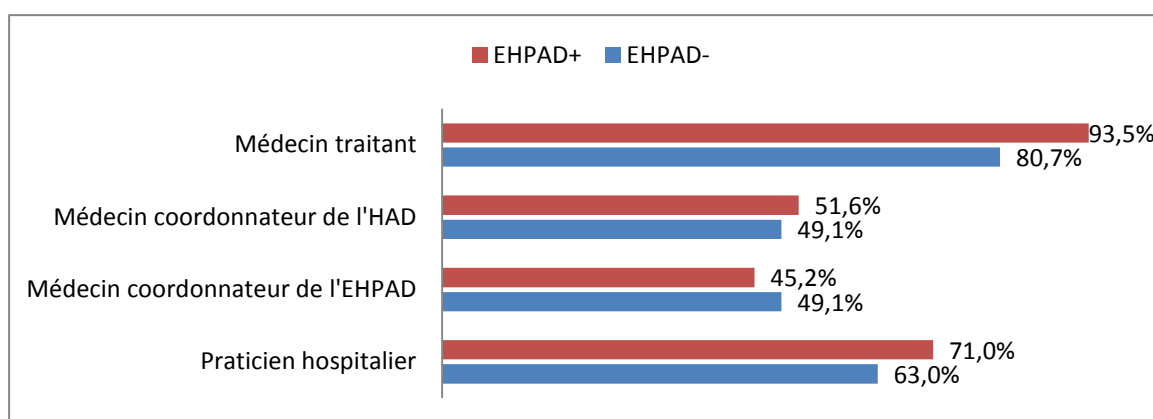
#### 2.2.3.2. Médecin prescripteur d'HAD en EHPAD

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, seuls les médecins généralistes et praticiens hospitaliers peuvent prescrire une HAD. Les médecins coordonnateurs d'HAD et d'EHPAD ont un rôle consultatif auprès de leurs confrères, mais ne sont pas prescripteurs.

La question Q24 « Selon vous, qui peut prescrire une HAD en EHPAD ? » autorisait plusieurs réponses. La figure suivante fait la synthèse des réponses obtenues.



Figure 13: Médecin prescripteur d'HAD en EHPAD selon les médecins des deux groupes



De 45 à 50% des médecins pensent que les médecins coordonnateurs peuvent prescrire l'HAD.

La prescription d'HAD par le médecin généraliste est acquise par 93% des réponders dans le groupe EHPAD+, contre seulement 80% dans le groupe EHPAD - . 1 médecin sur 5 du groupe EHPAD - ne sait pas qu'il peut prescrire une HAD. Les médecins du groupe EHPAD + sont plus nombreux à connaître la prescription hospitalière de l'HAD.

Seuls 17,5% des médecins de l'échantillon ont répondu correctement à cette question, le pourcentage de bonnes réponses dans les 2 groupes étant identique.

### 2.2.3.3. Organisation de l'HAD en EHPAD

Tableau 7: Connaissance de l'organisation de l'HAD en EHPAD par les médecins des deux groupes

	EHPAD		HAD		HAD + EHPAD		intervenant extérieur		ne sais pas	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Utilisation HAD en EHPAD										
Matériel (lit, lève malade...)	48%	27%	17%	13%	21%	13%	0%	7%	14%	41%
Soins de nursing	72%	43%	17%	6%	7%	13%	0%	0%	3%	39%
Soins infirmiers antérieurs à l'HAD	69%	46%	14%	4%	0%	11%	7%	4%	10%	36%
Soins infirmiers nouveaux	7%	4%	72%	43%	17%	18%	2%	0%	3%	36%
Traitements habituels	75%	39%	18%	9%	0%	14%	0%	5%	7%	33%
Traitements de la pathologie aiguë	3%	2%	90%	52%	3%	11%	0%	2%	3%	34%
Bilan sanguin de la pathologie aiguë	7%	4%	83%	46%	3%	11%	3%	0%	3%	39%

Rose = réponses majoritaires du groupe EHPAD +

Bleu = réponses majoritaires du groupe EHPAD -

Nous remarquons que les réponses majoritaires des deux groupes sont identiques, témoignant d'une même information initiale.

Les réponses exactes (définies dans les conventions signées entre l'HAD et l'EHPAD) sont :

- Le matériel est fourni par l'HAD et l'EHPAD ;
- Les soins de nursing sont réalisés par l'EHPAD ;
- Les soins infirmiers antérieurs à l'HAD sont réalisés par l'EHPAD (ou intervenant extérieur lorsque l'EHPAD n'est pas médicalisée) ;
- Les soins infirmiers nouveaux sont réalisés par l'HAD ;
- Le traitement habituel est délivré par l'EHPAD ;
- Les traitements de la pathologie aiguë sont délivrés par l'équipe d'HAD ;
- Les bilans sanguins de la pathologie aiguë sont réalisés par l'équipe d'HAD

Les connaissances de l'organisation de l'HAD en EHPAD sont différentes dans les deux groupes.

Réponses du groupe EHPAD + :

La connaissance de l'organisation de l'HAD en EHPAD est relativement bonne. Mis à part la question du matériel (ou les réponses sont divisées entre l'HAD, l'EHPAD et l'HAD+EHPAD), le taux de bonnes réponses varie de 69 à 90%.

Peu de répondants ont avoué ne pas connaître la réponse (entre 0 et 14% selon les questions).

L'absence d'intervention d'intervenants extérieurs au cours d'une HAD en EHPAD (en dehors de ceux missionnés par l'HAD) est acquise par les médecins du groupe EHPAD +. On note que 7% des répondants de ce groupe affirment que des intervenants extérieurs réalisent les soins infirmiers antérieurs à l'HAD, ce qui est le cas dans les EHPA (non médicalisés).

Réponses du groupe EHPAD- :

L'information la plus frappante est le taux de 33 à 41% de médecins avouant ne pas connaître les réponses.

La connaissance de l'organisation de l'HAD en EHPAD est moyenne dans ce groupe. Mis à part la question du matériel (ou les réponses sont divisés entre l'HAD, l'EHPAD et l'HAD+EHPAD), le taux de bonne réponse varie de 39 à 52%.

L'intérêt de cette question n'était pas de pointer du doigt le manque d'information des médecins n'utilisant pas l'HAD en EHPAD, mais de faire prendre conscience du fait que ce manque d'information engendre une non-prescription de l'HAD en EHPAD.

## 2.3. Influence de l'expérience personnelle sur utilisation de l'HAD en EHPAD.

### 2.3.1. Description de l'utilisation de l'HAD par les médecins

#### 2.3.1.1. Description de l'utilisation de l'HAD à domicile

88.7% des médecins répondeurs utilisent l'HAD. Seuls 10 médecins (11.3%) n'utilisant pas l'HAD ont répondu à l'enquête. Ils sont bien sûr 100% dans le groupe EHPAD+ et 83.3% dans le groupe EHPAD-.

#### 2.3.1.2. Description de l'utilisation de l'HAD en EHPAD

59 médecins répondeurs ont suivi des patients en EHPAD en 2010 (62.1%), dont 93.7% des médecins du groupe EHPAD + et 49.2% des médecins du groupe EHPAD -. Ce critère est significatif ( $p < 0,0001$ ) selon le test du Chi 2.

Le groupe EHPAD + suit en moyenne 18,3 patients en EHPAD en 2010 (Ecart-type=20) contre seulement 4 patients en moyenne (Ecart-type=2,8) dans le groupe EHPAD-. Cette différence est statistiquement significative selon le test de Student ( $p < 0,0003$ ).

Seuls 34,1% des médecins utilisent l'HAD en EHPAD (sur les 62,1% ayant des patients dans ces structures).

1 médecin sur 2 ayant des patients en EHPAD n'a jamais utilisé l'HAD dans ces structures.

#### 2.3.1.3. Délai de première prise en charge en HAD

Tableau 8: Délai de première prise en charge en HAD par les médecins de chaque groupe

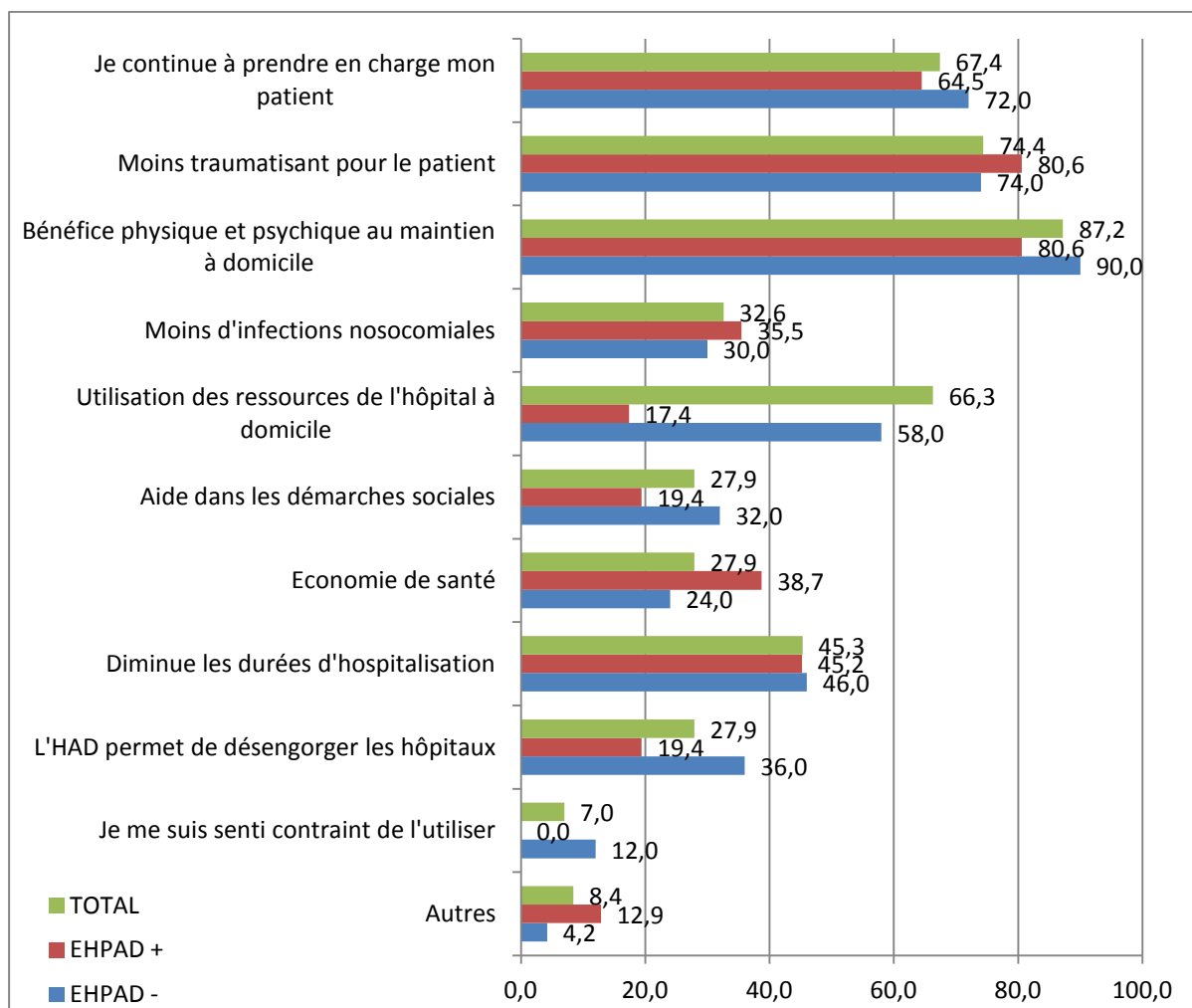
	Moyenne (en années)	Ecart type (en années)
TOTAL	4,3	3,4
EHPAD +	4,0	3,9
EHPAD -	4,3	3,3

Le délai de première prise en charge en HAD est sensiblement le même entre les deux groupes.

## 2.3.2. Evaluation des facteurs favorisant et des freins à l'utilisation de l'HAD

### 2.3.2.1. Facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD en général

Figure 14: Facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD (en pourcentage), selon les médecins utilisateurs d'HAD



Analyse des résultats de l'échantillon global :

Les critères de bien être et de santé morale du patient sont les principaux facteurs orientant les médecins généralistes interrogés vers l'HAD : le bénéfice physique et psychologique du maintien à domicile est évoqué dans 87.2% des cas et le fait que l'HAD est moins traumatisante que l'hospitalisation traditionnelle, dans 74.4% des cas.

Arrivent ensuite les critères inhérents à la prise en charge médicale du patient par son médecin traitant. La continuité des soins (« je continue à prendre en charge mon patient ») est un facteur important (67.4%) dans le choix d'une HAD, comme le fait de pouvoir utiliser les ressources de l'Hôpital à domicile. (66.3%).

Les préoccupations d'ordre socio-économiques et de santé publique arrivent en second plan : diminution des durées d'hospitalisation (45%), désengorgement des hôpitaux (27.9%), économie de santé (27.9%), aide dans les démarches sociales (27.9%), diminution des infections nosocomiales (32.6%).

Seuls 7% des médecins répondants ont utilisé l'HAD par contrainte à la sortie de leur patient d'hospitalisation traditionnelle vers l'HAD.

#### Analyse comparative des deux groupes EHPAD + et EHPAD - :

Les répondants des deux groupes ont des réponses similaires concernant les critères de bien être et de santé morale de leurs patients. Le bénéfice physique et psychologique du maintien à domicile est évoqué par 80,6% des répondants du groupe EHPAD + contre 90% dans le groupe EHPAD - ; l'HAD est moins traumatisante que l'hospitalisation traditionnelle pour 80.6% des répondants du groupe EHPAD+ contre 74.% dans le groupe EHPAD - .

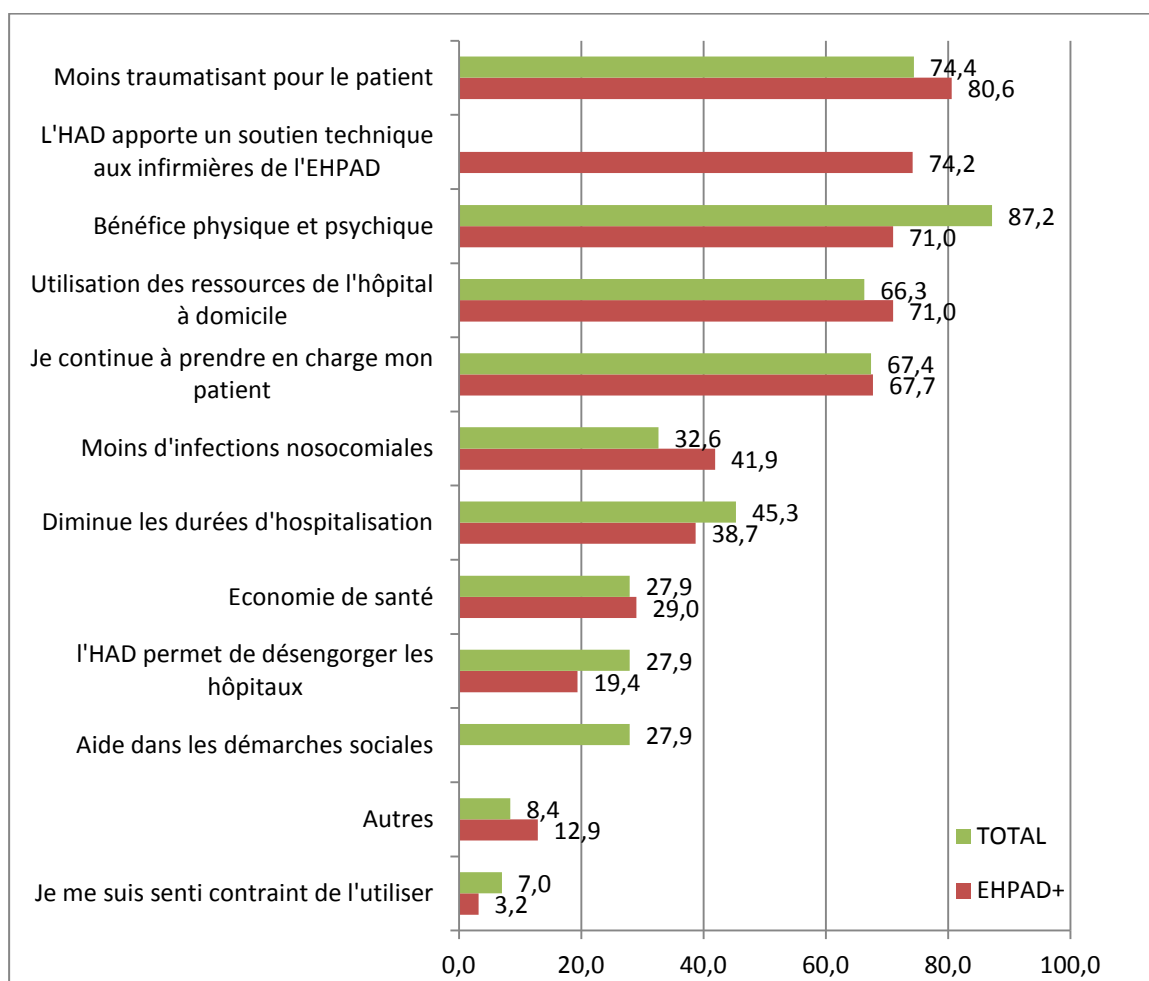
Concernant les critères inhérents à la prise en charge médicale du patient par son médecin traitant. La continuité des soins (« je continue à prendre en charge mon patient ») est un facteur important dans le choix d'une HAD dans les 2 groupes (EHPAD + : 64.5% vs EHPAD - : 72%). On note une différence non significative ( $p=0.07$ ) dans le fait de pouvoir utiliser les ressources de l'hôpital à domicile. C'est un critère motivant une HAD pour 58% des médecins du groupe EHPAD+, contre seulement 17.4% des médecins du groupe EHPAD -.

Les préoccupations d'ordre socio-économiques et de santé publique arrivent toujours en second plan : diminution des durées d'hospitalisation (EHPAD+ : 45.2% vs EHPAD- : 46%), désengorgement des hôpitaux (19.4% vs 36%), économie de santé (38.7% vs 24%), aide dans les démarches sociales (19.4% vs 32%), diminution des infections nosocomiales (35.5% vs 30%). Les différences constatées ne sont pas statistiquement significatives entre les deux groupes.

Le seul critère statistiquement significatif entre le groupe EHPAD+ et EHPAD - est la notion de contrainte. Aucun médecin du groupe EHPAD+ ne s'est senti contraint d'utiliser l'HAD, contre 12% des médecins de groupe EHPAD - ( $p=0.045$ ).

### 2.3.2.2. Facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD en EHPAD

Figure 15: Facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD en EHPAD (en pourcentage)

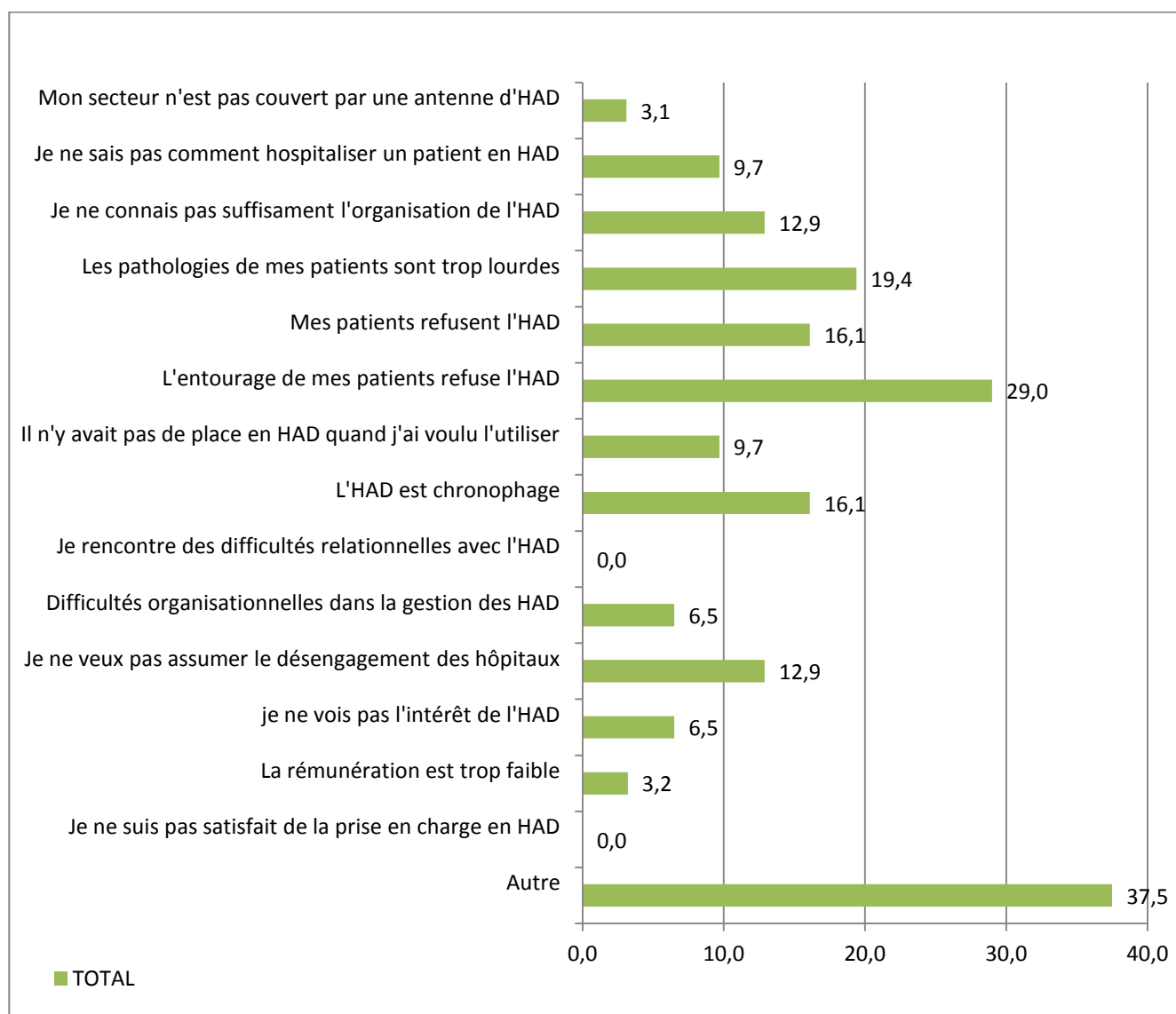


Ce graphique compare les facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD en général (Seuls les médecins utilisant l'HAD ont répondu à cette question (Q19), nous avons repris les réponses de l'ensemble de l'échantillon [TOTAL]) aux facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD en EHPAD (Seuls les médecins du groupe EHPAD+ ont répondu à cette question Q25). L'item « l'HAD apporte un soutien technique aux infirmières de l'EHPAD » ne fait partie que de la question relative à l'HAD en EHPAD, et l'item « aide dans les démarches sociales » ne fait partie que de la question relative à l'HAD en général.

Les facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD sont les mêmes en ambulatoire et en EHPAD. Le soutien technique aux infirmières des EHPAD est un critère majeur dans la mise en place d'une HAD en EHPAD, selon les médecins interrogés.

### 2.3.2.3. Freins à l'HAD en général

Figure 16: Freins à l'utilisation de l'HAD (en pourcentage), selon les médecins n'utilisant pas l'HAD



Ce graphique décrit les réponses de l'ensemble des médecins interrogés à la question « Quels sont les freins à votre utilisation de l'HAD ? ». Seuls les médecins n'utilisant pas (ou plus) l'HAD ont répondu à cette question, donc uniquement des médecins faisant partie du groupe EHPAD -.

Cette question comptabilise 19 réponses (19,6% de l'échantillon).

#### Analyse des résultats:

Les freins inhérents au patient et son entourage sont les premiers à être évoqués par les médecins répondants : le refus de l'HAD par l'entourage des patients est le plus important (29% des réponses), les pathologies de mes patients sont trop lourdes à gérer en HAD (19,4%) puis mes patients refusent l'HAD (16,1%).

Les freins relatifs à l'HAD sont peu fréquents : l'HAD est chronophage pour 16,1% des répondants, l'organisation de l'HAD n'est pas suffisamment connue dans 12,9% des cas, 9,0% des répondants ne savent pas comment hospitaliser un patient en HAD et 6,5% ont des difficultés organisationnelles dans la gestion des HAD.

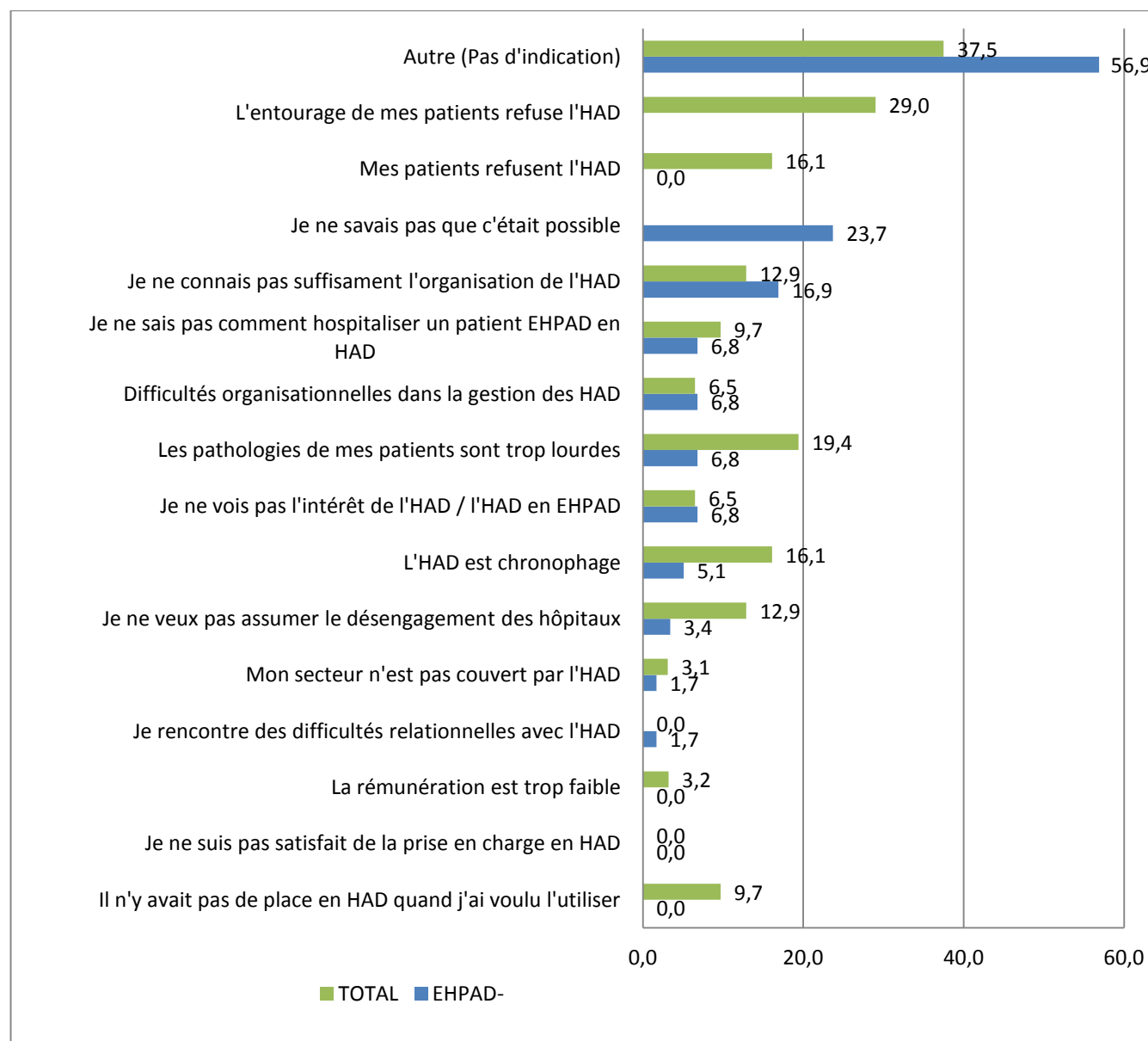
Les freins d'ordre socio-économiques restent rares. On note que 12,9% des répondants n'utilisent pas l'HAD car ils ne souhaitent pas assumer le désengagement des hôpitaux, 6,5% d'entre eux ne voient pas l'intérêt de l'HAD et 3,2% pensent que la rémunération du médecin généraliste lors d'une prise en charge HAD est trop faible.

37,5% des répondants ont coché la case « autres ». Parmi ces réponses, 25,9% n'utilisent pas ce mode d'hospitalisation car ils n'ont pas d'indication à l'HAD, 12,9% privilégient une prise en charge hospitalière, 3,2% trouvent le dossier trop long à remplir et 3,2% ne pensent pas à l'HAD.



#### 2.3.2.4. Freins à l'HAD en EHPAD

Figure 17: Comparaison des freins à l'HAD en EHPAD (en pourcentage) par rapport aux freins à l'HAD simple



Ce graphique reprend les freins à l'HAD en général (Q.20, groupe TOTAL, ne comprenant que des médecins n'utilisant pas l'HAD, donc faisant partie du groupe EHPAD-), détaillés dans le paragraphe précédent ; et les compare aux freins à l'HAD en EHPAD (Q.26, seuls les médecins n'utilisant pas l'HAD en EHPAD ont répondu à cette question, donc le groupe EHPAD-).

L'item « l'entourage de mes patients refuse l'HAD » ne fait pas partie de la question Q.26.

## Description des freins à l'HAD en EHPAD (groupe EHPAD-)

Certains freins à l'utilisation de l'HAD en EHPAD ne sont pas relatifs à l'HAD : 56,9% des répondants déclarent ne pas avoir d'indication et 23,7% ne savaient pas que c'était possible.

Les freins relatifs à l'HAD sont plus importants que ceux relatifs au patient. L'organisation de l'HAD n'est pas suffisamment connue dans 16.9% des cas, 6.8% des répondants ne savent pas comment hospitaliser un patient en HAD et 6.8% ont des difficultés organisationnelles dans la gestion des HAD en EHPAD.

Les freins inhérents au patient sont peu évoqués par les médecins du groupe EHPAD-. 6.8% des répondants réfutent l'HAD devant la « lourdeur » des pathologies de leurs patients. Aucun patient n'a refusé une prise en charge en HAD, contrairement à l'HAD en ambulatoire.

Les freins d'ordre socio-économiques sont rares : 3.4% des répondants n'utilisent pas l'HAD car ils ne souhaitent pas assumer le désengagement des hôpitaux, 6.8% d'entre eux ne voient pas l'intérêt de l'HAD en EHPAD. Il est important de signaler qu'aucun médecin du groupe EHPAD- n'a pas utilisé l'HAD sur des critères économiques (rémunération trop faible) ou d'insatisfaction suite à une prise en charge en HAD.

## Comparaison des freins à l'HAD en EHPAD par rapport aux freins à l'HAD simple :

On remarque que le manque d'indication est un frein majeur dans les deux groupes, encore plus marqué dans le groupe EHPAD-.

Les freins inhérents au patient sont nettement moins marqués en EHPAD, du fait de l'absence de refus d'HAD par l'entourage. La « lourdeur » des pathologies est plus faible (6,8% vs 19,4%).

Les freins relatifs à l'HAD sont identiques dans les deux groupes.

Le frein « l'HAD est chronophage » est plus important en HAD conventionnelle [groupe TOTAL] (16,1%) qu'en EHPAD [groupe EHPAD-] (5,1%).

Les freins d'ordre socio-économiques restent rares dans les deux groupes. La volonté de ne pas assumer le désengagement des hôpitaux est plus forte en HAD conventionnelle (groupe TOTAL).

### 2.3.3. Commentaires des médecins interrogés concernant l'HAD en EHPAD

La dernière partie du questionnaire laissait libre cours aux remarques des médecins généralistes sur l'HAD en EHPAD. Les commentaires montrent de manière plus expressive les réticences, incompréhensions et retour d'expérience des médecins interrogés. Ils sont retranscrits dans leur intégralité. Pour une meilleure fluidité, ils ont été regroupés par thème.

#### Méconnaissance de l'HAD en EHPAD :

*« Aucune connaissance »*

*« Votre questionnaire m'incite à me renseigner plus amplement sur l'HAD en EHPAD. »*

#### Questionnement sur l'HAD :

*« Un certain nombre « d'élèves » [réponse d'un médecin scolaire MDPH] présentent des pathologies graves, nécessitant des soins journaliers (sondes, trachéotomies, traitements divers...). Ce sont des infirmiers qui réalisent ces soins, cependant pour des chimiothérapies à domicile, peut-être l'HAD intervient-il ? »*

*« Difficile de faire la part des choses, intérêt pour le médecin généraliste de savoir ça ? [Référence à la question précédente sur l'organisation des soins lors d'une HAD en EHPAD] »*

*« En EHPAD ou à domicile, je n'ai pas bien compris le rôle du médecin traitant. Personnellement, je ne suis ni un hospitalier ni un urgentiste, et manipulant la seringue électrique éventuellement tous les 2 ou 3 ans, j'oublie vite comment cela fonctionne ! L'HAD est certainement un progrès dans la prise en charge des patients, mais elle alourdit la charge des médecins de ville. »*

#### Amélioration à apporter à l'HAD selon le ressenti des médecins interrogés :

*« J'aimerais avoir un contact téléphonique avec le coordonnateur d'HAD »*

*« Il faut développer un dossier informatique au lit du malade, sur Ipad, communiquant par apicrypt. »*

*« Le système de communication entre l'équipe soignante, le médecin coordonnateur et le médecin traitant est à améliorer. Certains médecins traitants ne sont pas assez disponibles, d'autres pas assez motivés. »*

## **Limites de l'HAD en EHPAD :**

*« Premièrement, la transfusion ne peut se faire en EHPAD en pratique car le médecin traitant n'est pas présent durant toute la procédure et absence de matériel de réanimation. Deuxièmement les surveillances nocturnes ne sont pas réalisées. Troisièmement la fin de vie/soins palliatifs sont mal gérés (problèmes de communication et transmission d'information). »*

*« Il y a très souvent des problèmes relationnels entre les deux équipes (HAD et EHPAD), les limites des rôles respectifs posent toujours problème.»*

*« Ca me paraît très lourd de coordonner le personnel soignant HAD + EHPAD. Surcharge administrative+++ . Pas d'intérêt»*

*« Il se trouve qu'au fil du temps, le médecin traitant n'est plus la référence de la prise en charge du patient en HAD et que la coordination pourrait être améliorée. D'autres intervenants viennent compléter ou corriger les prescriptions. »*

## **Un réel atout dans la prise en charge des patients en EHPAD**

*« Merci de votre existence, c'est une grande sécurité pour les EHPAD.»*

*« Je n'ai eu qu'une seule expérience (d'HAD en EHPAD) qui a duré moins de 48 heures, mais j'ai trouvé que la prise en charge par l'HAD s'est faite facilement et l'équipe infirmière de l'EHPAD s'est sentie soulagée d'être ainsi secondée pour une fin de vie difficile. »*

*« Soulage les infirmiers de l'EHPAD dans le cadre de pathologies difficiles. »*

*« Thèse à mettre sur le site de l'AMMPPU [Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire]»*

*« Il paraît évident que les recours à l'HAD en EHPAD sont amenés à se multiplier en raison de l'aggravation de l'état de santé des résidents et des réticences des services hospitaliers pour la prise en charge de pathologies longues et lourdes (manque de personnel et engorgement des structures d'accueil). »*

*« C'est une réelle médicalisation de l'EHPAD. Le lit est tout trouvé, pour le personnel de l'EHPAD comme pour le patient, c'est idéal »*

*« Outil indispensable »*

### 3. Objectif secondaire : Décrire la part des pathologies retrouvées en EHPAD pouvant être prises en charge en HAD

#### 3.1. Pathologies prises en charge en HAD.

Sur les 97 médecins interrogés, 76 ont répondu à la question Q.18 (Pour quel type de pathologies utilisez-vous l'HAD ?). Le tableau suivant reprend le nombre de médecin ayant nommé chaque mode de prise en charge et la fréquence de citation de chaque item.

Tableau 9: Fréquence de citation de chaque pathologie prise en charge en HAD

	TOTAL	
	Nombre	Fréquence
Assistance respiratoire	3	3,9%
Nutrition parentérale	5	6,6%
Traitement intraveineux	24	<b>31,6%</b>
Soins palliatifs	46	<b>60,5%</b>
Chimiothérapie	2	2,6%
Prise en charge de la douleur	4	5,3%
Autre traitement	3	3,9%
Pansements complexes	15	<b>19,7%</b>
Rééducation orthopédique	3	3,9%
Rééducation neurologique	6	7,9%
Soins infirmiers lourds	45	<b>59,2%</b>
Transfusion sanguine	3	3,9%
Prise en charge post opératoire	8	10,5%

On remarque que, les soins palliatifs (60,5%), les soins infirmiers lourds (59,2%), les traitements intraveineux (31,6%) et les pansements complexes (19,7%) sont les modes de prises en charge (MPC) en HAD les plus fréquemment utilisés par les médecins répondants. Ce sont principalement des modes de prise en charge relatifs aux personnes âgées et fragiles.

Le MPC post-opératoire (qui n'existe plus actuellement) et la rééducation comptabilisent entre 7,9% et 10,5% des pathologies citées.

Les transfusions, la nutrition parentérale, la chimiothérapie, la prise en charge de la douleur et l'assistance respiratoire ne représentent qu'une petite part des prises en charge HAD réalisées par les médecins répondants (entre 2 et 5% chacun).

Certains modes de prise en charge autorisés en HAD, tels que la nutrition entérale, la rééducation orthopédique, l'éducation du patient et de son entourage, et les prises en charge obstétricales, n'ont pas été cités par les répondants. (Ces modes de prises en charge sont réalisables par l'HADAM).

### 3.2. Fréquence des prises en charge éligibles à l'HAD au sein des EHPAD, selon les médecins suivant des patients en EHPAD

Nous avons demandé aux médecins prenant en charge des patients en EHPAD si leurs patients ont nécessité, au cours de l'année 2010, les prises en charge suivantes (qui auraient été éligibles à l'HAD). Nous avons rapporté ce nombre de prise en charge (186) au nombre de patients suivi en EHPAD en 2010 par ces mêmes médecins (631 patients suivis en EHPAD en 2010), afin d'établir la fréquence de ces pathologies en EHPAD. Nous comptabilisons 56 réponses sur les 59 médecins ayant des patients résidant en EHPAD.

Figure 18: Fréquence des prises en charge éligibles à l'HAD au sein des EHPAD, selon les médecins suivant des patients en EHPAD (issus des deux groupes)

	Réponses du groupe TOTAL	
	Nombre	Fréquence
Assistance respiratoire	13	2,1%
Nutrition parentérale	12	1,9%
Traitement intraveineux	12	1,9%
Soins palliatifs	27	4,3%
Chimiothérapie	3	0,5%
Prise en charge de la douleur	26	4,1%
Autre traitement	6	1,0%
Pansements complexes	21	3,3%
Rééducation orthopédique	17	2,7%
Rééducation neurologique	8	1,3%
Soins infirmiers lourds	14	2,2%
Transfusion sanguine	12	0,5%
Surveillance d'aplasie	3	0,5%
Nutrition entérale	12	1,9%
<b>NOMBRE DE PRISES EN CHARGE</b>	<b>186</b>	<b>29,5%</b>

On remarque qu'en une année, 4,3% des résidents en EHPAD nécessitent des soins palliatifs, 4,1% d'entre eux bénéficient d'une prise en charge de la douleur, 3,3% ont besoin de pansements complexes et 2,7% de rééducation orthopédique.

Nous n'avons malheureusement pas réussi à établir la part de ces prises en charge réalisées en HAD, en hôpital ou par des intervenants extérieurs.

**En faisant la somme de toutes ces prises en charge, on découvre que 29.5% des résidents en EHPAD nécessitent au moins une fois par an un soin qui pourrait être réalisé en HAD.**

Partie 4 :

Discussion et perspectives d'avenir

---

# **1. Le questionnaire**

## **1.1.Taux de réponse**

Le taux de réponse à notre questionnaire par envoi postal est de 29% sans relance. Nombreux sont celles et ceux qui pensent que cette méthode est vouée à de faibles taux de réponse, n'excédant jamais les 15%, mais une étude canadienne a permis de définir une moyenne de 20 à 30% de réponses lors du premier contact.

C'est un taux d'autant plus acceptable que le questionnaire envoyé est long (4 pages, 28 questions avec sous-questions). Or plus le questionnaire est long, moins celui-ci a de chance d'être rempli et renvoyé.

## **1.2.Avantages et inconvénients des enquêtes postales**

### **Les avantages d'une enquête postale**

Une enquête postale favorise la franchise, particulièrement lorsque l'information colligée est «délicate » du fait qu'il n'y a pas d'interrogateur sur place. L'organisme de recherche établit sa légitimité de part son en-tête de lettre, ce qui n'est pas le cas d'une enquête téléphonique anonyme.

Les enquêtes postales sont moins dérangeantes car le répondant gère lui-même son «entrevue ».

### **Les inconvénients d'une enquête postale**

Les enquêtes postales exigent plus de temps et ne sont pas aussi efficaces que les enquêtes téléphoniques pour les sondages d'opinion publique en ce qui a trait à des événements courants.

Un biais de sélection est inévitable, toutes les personnes interrogées ont la possibilité de s'exprimer mais seules celles intéressées ont répondu, il y a une sur représentation de cette population.



## **2. Synthèse des résultats**

### **2.1.Objectif principal : Profil des médecins généralistes utilisant l'HAD en EHPAD**

#### **2.1.1. Caractère environnemental**

Les médecins des deux groupes ont la même répartition homme/ femme, un âge moyen et un lieu d'exercice (majoritairement urbain) similaires.

On constate que les médecins utilisant l'HAD en EHPAD exercent majoritairement en cabinet de groupe. Ils ont des activités annexes plus fréquentes que les médecins n'utilisant pas l'HAD en EHPAD. Ces différences montrent un intérêt à d'autres champs d'activité que la médecine générale et une certaine propension à travailler en équipe.

#### **2.1.2. Aspect formation et information**

Les médecins du groupe EHPAD+ sont 51.8% à être titulaire d'un DU, DIU, une capacité ou un DESC. Leur participation aux formations médicales continues est plus importante (80.7%).

Leur moyen de connaissance de l'HAD privilégié est le transfert hospitalier de leurs patients vers l'HAD (62.7%) puis les formations médicales continues (20.7%). On constate que plus de médecins du groupe EHPAD + ont répondu « autre » en justifiant d'une meilleure connaissance du paysage sanitaire local. Ils ont réalisé plus de recherches personnelles sur le sujet.

La convention messine signée entre les EHPAD, l'HAD et le Service d'accueil des urgences est mieux connue du groupe EHPAD+ (dont certains médecins sont généralistes et coordonnateurs d'EHPAD, ayant donc signé ces conventions).

L'organisation de l'HAD reste méconnue dans les deux groupes. Seuls 50% des répondants connaissent la double origine d'entrée en HAD (domicile + hôpital), les réponses étant similaires dans les deux groupes.

La prescription de l'HAD par les généralistes est acquise pour 93% des médecins du groupe EHPAD+ mais seulement 80% des médecins du groupe EHPAD -. Encore 1 médecin sur 5 (qui n'utilise pas l'HAD ou qui l'utilise en ambulatoire seulement) ne sait pas qu'il peut initier la prescription d'HAD pour ses patients ! 50% des médecins des deux groupes pensent que les médecins coordonnateurs d'HAD et d'EHPAD peuvent prescrire l'HAD en EHPAD.

L'organisation des soins de l'HAD en EHPAD est logiquement mieux connue du groupe EHPAD+ que du groupe EHPAD-, dont 34% des répondeurs ont avoué ne pas connaître du tout l'organisation des soins. Cette méconnaissance engendre une non-prescription de l'HAD en EHPAD.

### **2.1.3. Expérience personnelle**

88.7% des médecins répondeurs ont déjà utilisé l'HAD. Leur délai de première prise en charge est de 4 ans. Ils sont 62.1% à avoir suivi des patients en EHPAD en 2010 mais seulement 31% ont déjà utilisé l'HAD en EHPAD. Les médecins du groupe EHPAD+ ont en moyenne 4 à 5 fois plus de patients résidents en EHPAD que leurs confrères.

Pour les médecins des deux groupes, l'utilisation de l'HAD est motivée par les bénéfices humains de l'HAD (bénéfice physique et psychologique au maintien à domicile, c'est moins traumatisant pour le patient) avant l'intérêt médical (continuation de la prise en charge, diminution des durées d'hospitalisation, utilisation du plateau technique hospitalier) et financier.

Il existe une disparité entre les deux groupes : le groupe EHPAD+ a une vision plus positive de l'HAD (c'est moins traumatisant, on utilise les ressources de l'hôpital à domicile, c'est une économie de santé, soutien technique aux infirmières des EHPAD) que le groupe EHPAD- (désengorgement des hôpitaux, aide aux démarches sociales, utilisation vécue comme contraignante par certains).

Les motifs freinant l'utilisation de l'HAD retrouvés sont plus liés au patient (pathologies lourdes, refus du patient et de l'entourage, pas d'indication à l'HAD) qu'à l'HAD (chronophage principalement). Les médecins du groupe EHPAD- avouent une méconnaissance de l'HAD. 25% des médecins de ce groupe ne savaient pas que l'HAD était possible en EHPAD.

## **2.2.Objectif secondaire : Décrire la part des pathologies retrouvées en EHPAD pouvant être prises en charge en HAD**

Les modes de prises en charge autorisés en HAD les plus utilisés par les médecins répondeurs sont des modes de prise en charge relatifs aux personnes âgées et fragiles : les soins palliatifs (60,5%), les soins infirmiers lourds (59,2%), les traitements intraveineux (31,6%) et les pansements complexes (19,7%). 29.5% des résidents en EHPAD nécessitent au moins une fois par an un soin qui pourrait être réalisé en HAD.

### 3. Discussion des résultats

#### 3.1. La nécessité d'un changement des pratiques médicales

##### 3.1.1. Population de répondeurs

Tableau 10: Comparaison de notre échantillon à la démographie médicale

	Répondeurs	Echantillon	Moselle	Lorraine	France
Effectif (médecins)	97	365	1338	3219	93394
% femmes	28%	24%	33%	36%	40%
Moyenne d'âge	54	54	51	52	52
% ≥ 55 ans	53%	50%	30%	25%	30%

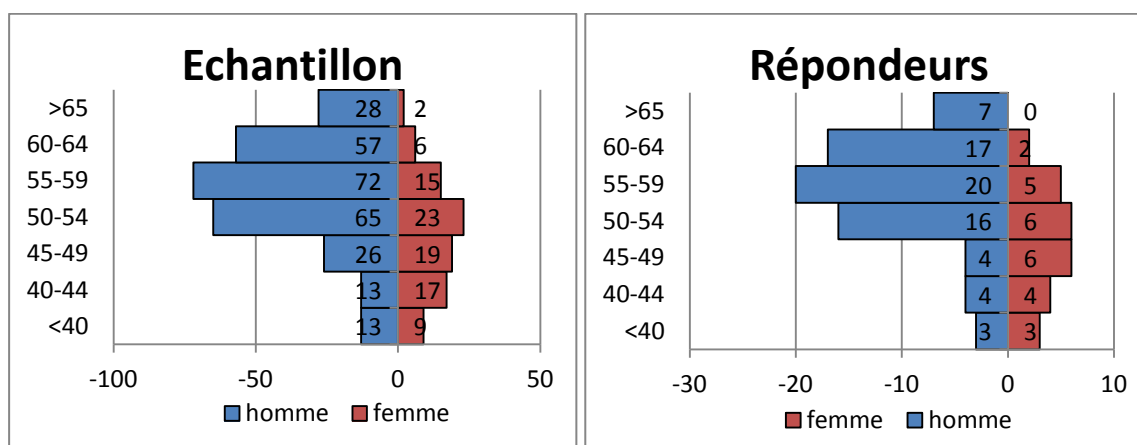
Source : Atlas de démographie médicale, CNOM 2011<sup>(23)</sup>

La population de médecins généralistes de Moselle est sensiblement la même qu'au niveau national.

Par contre, les médecins de notre échantillon ont une moyenne d'âge plus élevée de 2 ans et une répartition homme/ femme différente, marquée par un plus faible taux de femme médecin (24% contre 33% en Moselle et 40% en France). Le pourcentage de médecins de plus de 55 ans atteint le chiffre record de 50%.

Notre population de répondeurs est comparable à notre échantillon, on y retrouve un pourcentage de femmes médecin légèrement plus proche des chiffres mosellans et le pourcentage de médecins de plus de 55 ans de 53%.

Figure 19: Comparaison des pyramides des âges



En analysant ces graphiques, on remarque :

- Le pourcentage de femmes médecins de moins de 50 ans est de 50%,
- Les deux échantillons ont la même répartition : 25% des médecins ont moins de 50 ans, 25% ont entre 50 et 54 ans et 50% ont plus de 55 ans.

On peut estimer à 50% l'effectif de médecins interrogés susceptibles de partir à la retraite dans les 10 ans à venir. Ce fort taux de renouvellement prévu dans la population médicale locale encourage la poursuite de la formation initiale et des formations médicales continues sur le thème de l'HAD.

### 3.1.2. Une modification de la démographie médicale

#### 3.1.2.1. Féminisation de la profession

La médecine générale se féminise fortement depuis le milieu des années 80. Toutefois, la médecine générale libérale reste le secteur le moins féminisé en Lorraine. Notre étude locale retrouve un taux de féminisation de 28% des médecins répondeurs, plus faible que la moyenne nationale.

La modification de la démographie médicale tend vers une majoration du nombre de femme chez les médecins de moins de 50 ans. Le rapport du CNOM de 2011 estime que ce pourcentage atteint 49% chez les moins de 40 ans, ce que l'on retrouve dans notre échantillon.

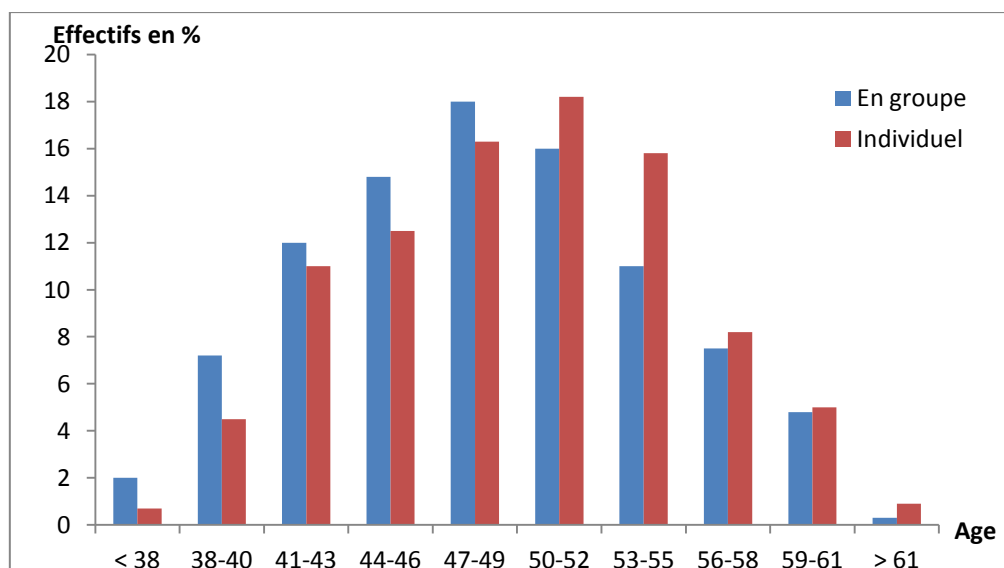
### 3.1.2.2. L'essor de l'exercice de groupe

Le choix de l'exercice individuel permet une grande liberté d'action. Chaque décision étant par définition personnelle. Mais la charge de travail qui accompagne cet exercice solitaire ne permet pas toujours de s'attarder sur un problème, ni de s'investir dans un outil qui ne servira que 2 à 3 fois dans une année tel que l'HAD.

Les jeunes médecins s'installent préférentiellement en groupe. Cela leur permet notamment de rompre avec l'isolement de l'exercice et d'avoir recours plus facilement à l'emploi de salariés<sup>(25)</sup>. Cette démarche est essentielle pour garantir des conditions d'exercices proches de celles souhaitées<sup>(26)</sup>.

62% des médecins répondants ont choisi de travailler en groupe, ce pourcentage est encore plus marqué dans le groupe EHPAD+ (83,9%). Cette évolution de la médecine vers un travail en équipe, en collaboration, permet aux médecins une meilleure pratique de la médecine, basée sur les échanges. Ces médecins sont en général plus investis dans l'organisation locale des soins. C'est un mode d'exercice plus ouvert aux outils tels que l'HAD.

Figure 20: Comparaison exercice en groupe – exercice seul en fonction des classes d'âge



Champ : ensemble des médecins libéraux (hors ceux exerçant en établissements autres que cliniques privées)  
Source : Enquête sur l'organisation en groupe des médecins (DREES - CNAMTS)

La figure précédente démontre que toutes les classes d'âge inférieure à 50 ans choisissent majoritairement l'exercice en groupe. Chez les moins de 40 ans, ce choix est encore plus net.

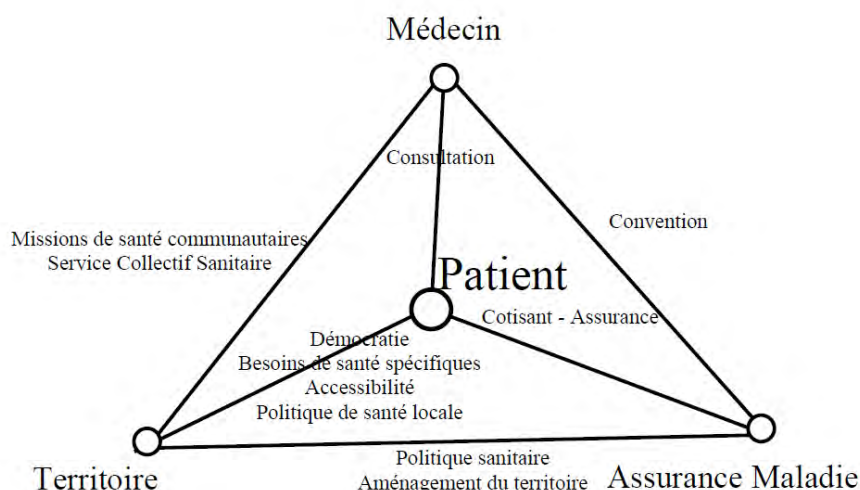
La médecine contemporaine ne se pratique plus dans la solitude.

### 3.1.2.3. Inclusion du territoire dans l'organisation des soins

Comme l'expliquait le docteur JC VAUTIER dans sa thèse portant sur « l'exercice de la médecine générale en milieu rural » réalisée en 2006 <sup>(27)</sup> : les regroupements médicaux constituent une modernisation évidente de l'exercice médical là où la croissance de l'effectif de médecins favorise l'initiative individuelle.

La pénurie médicale annoncée oblige les collectivités territoriales des zones rurales à s'investir pour maintenir une offre de soins de proximité de qualité. Ainsi on assiste à une territorialisation des maisons de santé.

Le triangle Médecin / Patient / Assurance Maladie est remplacé par une pyramide incluant le territoire.



Le potentiel de cette nouvelle dimension de l'exercice constitue une opportunité certaine pour la politique de soins primaires de proximité et le développement des prises en charge telles que l'hospitalisation à domicile.

Par exemple, les textes récents (2008) sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) ont insisté sur le fait que le projet de soins hospitaliers dépasse le temps et les murs hospitaliers. Il doit particulièrement s'atteler à la préparation et l'accompagnement de la reprise du cours de la vie, à la coopération hôpital-ville et à l'articulation sanitaire – médico-social.

Le développement de l'activité de soins de suite et de réadaptation en HAD permettrait d'éviter des sorties retardées des établissements de soins aigus, de raccourcir les séjours en établissements de SSR et d'éviter des ré hospitalisations. Au-delà de cet aspect, l'organisation coordonnée de soins de

rééducation pluridisciplinaire (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie,...) et de soins infirmiers à domicile permet un travail de réadaptation en situation de vie de la personne et un transfert optimisé des acquis obtenus lors de l'hospitalisation classique. La réadaptation est en effet maximale dans le lieu où s'exerce la fonction. L'hospitalisation à domicile peut mettre en œuvre et coordonner l'ensemble des professionnels de santé nécessaires (hospitaliers et libéraux), s'appuyant sur un projet thérapeutique partagé, finalisé et réajusté tout au long de la prise en charge. Il est à noter que l'offre libérale n'existe pas pour certaines professions de rééducation telles que les ergothérapeutes, et qu'elle est limitée pour d'autres (masseurs-kinésithérapeutes).

L'HAD n'est pas une alternative à la médecine libérale mais bien une alternative à l'organisation pyramidale de l'hôpital - et sûrement au système de soin actuel - permettant de gérer la multiplication de soins médicaux et paramédicaux continus et complexes ainsi que la participation d'acteurs multidisciplinaires dans un nouvel espace de proximité autour du patient.

La connaissance et le positionnement de l'HAD dans la filière de soins restent à conforter tant auprès des acteurs hospitaliers, médico-sociaux que des professionnels libéraux et de la population.

### *La ruralité à-t-elle un impact sur l'utilisation d'outils tels que l'HAD ?*

Le faible taux d'utilisation de l'HAD par les médecins répondants exerçant en zone rurale est lié au territoire couvert par l'HAD choisie : Metz et ses environs, qui sont principalement urbains et semi-urbains. Une thèse réalisée en 2011 sur le territoire de l'HADOV, l'HAD de l'Ouest Vosgien (donc une zone majoritairement rurale), a montré que 58% des médecins répondants (88% de réponses au questionnaire) ont utilisé l'HAD au moins une fois dans l'année sur la première année de fonctionnement de l'HADOV. Cette étude permet de constater l'intérêt des médecins des zones rurales pour un tel outil, et plus généralement pour les réseaux de soins. Loin d'être un frein à l'utilisation de l'HAD, la ruralité semblerait potentialiser son utilité.

Le SROS-PRS de janvier 2012 a pour objectif de développer les outils de télémédecine (téléconsultation, télésurveillance) dans le cadre du programme régional de déploiement de la télémédecine pour faciliter la prise en charge en HAD notamment en zone rurale et sur les territoires à faible densité de professionnels.

### **3.1.3. Une moyenne d'âge en hausse responsable d'un équilibre précaire**

#### ***3.1.3.1. Vieillesse de la population médicale***

Le conseil national de l'Ordre s'alarme d'une relève insuffisante, notamment chez les généralistes, et d'une répartition géographique toujours aussi inégale.

Selon l'édition annuelle de l'Atlas de la démographie médicale, la France comptait au 1er janvier 93394 médecins généralistes libéraux.

En Lorraine, selon les sources du Conseil National de l'Ordre <sup>(28)</sup>, on dénombre 83,7 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, soit sept de moins que sur l'ensemble de la France métropolitaine (90,7).

La démographie des médecins généralistes libéraux est animée par un vieillissement et une féminisation des effectifs. Dans les deux départements ruraux, près de la moitié des médecins généralistes libéraux est âgée de 55 ans et plus (48% en Meuse, 46% dans les Vosges). La proportion peut être localement plus élevée. En Meurthe-et-Moselle, 3 médecins généralistes libéraux sur 10 sont des femmes.

L'exercice libéral de la médecine générale se heurte toutefois à une difficulté de renouvellement : en Lorraine, moins d'un interne sur 10 s'installe en qualité de médecin généraliste libéral. Ce moindre attrait pour la pratique de la médecine générale en cabinet se double d'une tendance générale chez les médecins à s'installer de préférence là où se concentrent déjà les praticiens.

En 2004, 12 % des médecins lorrains étaient âgés de plus de 55 ans (12,7 % en moyenne en France), Ils seront 42 % en 2013 en Lorraine <sup>(29)</sup>. Ce vieillissement est d'autant plus marqué dans notre échantillon : on peut estimer à 50% la part de généralistes installés susceptibles de partir à la retraite dans les 10 prochaines années.

L'Ordre des médecins s'alarme en outre de la faible proportion de jeunes médecins qui choisissent l'exercice libéral : seulement 9,4 % des nouveaux inscrits de l'année.

Devant cette démographie médicale déclinante et le regroupement de l'offre de soin hospitalière dans de grands pôles de soins, un maillage territorial par un réseau de collaboration ville-hôpital est essentiel.



### **3.1.3.2. Vieillessement de la population générale**

Avec les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie, l'espérance de vie des Français progresse chaque année. Ajouté à un faible taux de natalité (environ 12,57 naissances pour 1000 habitants en 2009), la population Française est vieillissante.

En France, le nombre de personnes de plus de 80 ans va fortement augmenter dans les années à venir. Plusieurs raisons viennent expliquer ce phénomène, comme l'élévation du niveau de vie, l'allongement de la durée de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des personnes du baby-boom.

Selon les chiffres de l'INSEE, entre 2005 et 2050 la population de plus de 65 ans va connaître **une croissance de 80%**, passant ainsi de **10 millions à 18 millions de personnes**.

Les plus de 60 ans représenteront quant à eux **33%** de la population française en 2040 contre 21% en 2000. Cette augmentation se traduit par une forte progression du nombre de personnes âgées dépendantes.

Il est important de relier cette hausse du nombre de personnes dépendantes<sup>3</sup> avec la baisse des aidants familiaux pour cette population. L'INSEE estime qu'en **2015**, la génération des 40-59 ans sera moins nombreuse que celle des plus de 60 ans.

Sans se projeter dans le futur, nous pouvons déjà analyser le problème actuel. Le nombre d'établissements spécialisés dans l'hébergement des personnes âgées dépendantes est à l'heure actuelle loin d'être suffisant.

Selon l'ARS les demandes nouvelles de placement en EHPAD sont de 15000 par an, à mettre en adéquation avec le nombre de création de nouvelles places de seulement 5000/an, créant un déficit structurel de 10000 places annuelles. Sur les 10 ans à venir, on affichera un manque de quelques 100 000 lits en résidences pour personnes âgées.

L'Observatoire annuel des EHPAD (édition 2012), publié par le cabinet KPMG, met en évidence une augmentation du niveau de dépendance des résidents entre 2007 et 2010 et, par conséquent, une augmentation du coût de la prise en charge.

---

<sup>3</sup> La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

D'une part le nombre de patients en EHPAD va s'accroître, d'autre part leur niveau de dépendance augmente. Comme l'a défini l'étude PLEIAD <sup>(26)</sup> en 2007, l'hôpital n'est pas en mesure de prendre en charge cet afflux de patients fragiles, il est donc indispensable de développer les prises en charge alternatives, comme l'hospitalisation à domicile en EHPAD. Ce type de prise en charge permettrait à la fois de pallier aux manques de places de l'hôpital mais aussi d'éviter la majoration de la dépendance de ces patients, fréquente à l'hôpital.

Etant placée à la charnière des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont elle s'efforce de coordonner les interventions, l'HAD peut aider à leur décroisement, notamment à une plus grande « ouverture » de l'hôpital, et contribuer ainsi à l'optimisation des parcours de soins.

## **3.2.La formation médicale continue est indispensable**

### **3.2.1. Des médecins généralistes engagés dans la formation médicale continue**

Les médecins, quelque soit leur mode d'exercice, ont le devoir déontologique de se former et d'évaluer leur pratiques. Ce devoir déontologique est devenu une obligation légale pour la formation médicale continue (FMC) en 1996, et pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en 2004 (environ 4 journées par an).

Les deux dispositifs, devant permettre aux médecins de satisfaire à ces obligations, ont connu des difficultés de mise en place et n'ont jamais été pleinement opérationnels.

Et pourtant, chez les médecins libéraux, la formation continue financée dans le cadre du dispositif conventionnel se développe fortement depuis le début des années 2000.

En 2008, ces deux entités ont été fédérées au sein d'une entité globale : le développement professionnel continu (DPC), sous la tutelle du Conseil National de Développement Professionnel Continu des médecins. Ce conseil détermine, dans une formation spécifique aux médecins libéraux, les thèmes prioritaires à aborder (et leur apporte le soutien financier nécessaire). Cette entité a été officialisée par la loi HPST<sup>(30; 12)</sup>.

Le DPC est actuellement en cours de mise en place. Malgré quelques lenteurs, les médecins libéraux poursuivent leur démarche de formation. Nous n'avons pas trouvé de statistiques nationales de participation à la FMC des médecins généralistes.

Les médecins répondants sont 67 % à avoir participé à une FMC dans l'année précédente, et 80% dans le groupe EHPAD+. Cette différence confirme à nouveau l'intérêt de ces médecins pour d'autres domaines médicaux, avec en parallèle leur engagement dans les nouveaux modes de soins, tels que l'Hospitalisation à Domicile.

Cet engagement dans la formation médicale se manifeste également par une augmentation du nombre de médecin titulaire de diplôme complémentaires : DESC, DU, DIU (51,6% du groupe EHPAD+ contre 33,9% du groupe EHPAD-) dans des domaines variés. Depuis 2010, ils ont la possibilité de compléter cette formation par le DIU des professionnels en HAD.

Cette implication des médecins du groupe EHPAD+ vers d'autre types d'exercices médicaux est confirmée par la question sur leurs activités annexes : 13% d'entre eux ont une activité annexe à leur exercice libéral (hors vacation en EHPAD), ils sont seulement 1,7% dans le groupe EHPAD-.

### 3.2.2. « L'outil HAD » et son utilisation

Avant d'aborder le fonctionnement d'HAD, on remarque que « l'outil HAD » n'est pas bien compris des médecins généralistes l'HAD: seulement 50% des médecins répondants savent qu'un patient en HAD est issu soit du domicile soit de l'hôpital. 46% pensent que l'HAD n'est possible qu'en post-hospitalier. Près de 15% d'entre eux ne savent pas qu'ils peuvent prescrire une HAD. 50% pensent que les médecins coordonnateurs d'HAD et d'EHPAD sont prescripteurs d'HAD...

Au vu de leur charge de travail, il n'est pas surprenant de n'accorder que peu d'intérêt à un outil qu'ils n'utiliseront que rarement. C'est un paradoxe fréquent, l'outil est utile, mais pas suffisamment fréquent pour être approfondi. Et qui utilisera de sa propre initiative un outil qu'il ne maîtrise pas ?

Certaines bases à rappeler concernant l'Hospitalisation à domicile :

- Le patient peut entrer en HAD à partir de son domicile et en post-hospitalier ;
- On peut utiliser l'HAD en EHPA et EHPAD ;
- RÔLE PIVOT du MEDECIN TRAITANT,
- Le médecin généraliste et le médecin hospitalier sont les deux seuls prescripteurs d'HAD ;
- Les médecins coordonnateurs d'HAD et d'EHPAD n'ont qu'un rôle consultatif ;
- L'HAD est polyvalente, elle prend en charge tous types de pathologies. Une liste des modes de prises en charge est disponible, un appel au médecin coordonnateur permettra de vérifier l'éligibilité de votre patient à l'HAD.

Seulement 20% des médecins répondants ont connu l'HAD grâce à une FMC. Cette étude réalisée par questionnaire est forcément biaisée (réponses basées sur du volontariat) en fonction de l'intérêt porté au sujet étudié. Donc 20% des médecins intéressés par l'HAD ont suivi des FMC sur ce thème. La marge de manœuvre de la Formation Médicale Continue portant sur l'HAD est importante.

La thèse de Docteur Delphine SAUVAGE, réalisée en 2010, portant sur l'impact de la formation médicale continue sur la prescription d'HAD (effectuée sur la même zone géographique), concluait que le nombre de prescriptions d'HAD est plus fréquent chez les généralistes formés que chez leurs confrères n'assistant pas aux formations ( $p < 0,05$ ).

Le développement de l'HAD est une volonté politique, reprise par la loi HPST en 2009, le rapport HAD de IGAS en 2010 puis localement par l'ARS Lorraine dans son SROS-PRS de janvier 2012. Dans ce contexte, le DPC, devrait définir le thème HAD comme un thème prioritaire à aborder (et lui apporter le soutien financier nécessaire), afin de se donner les moyens de développer la prescription d'HAD par les généralistes.

### 3.2.3. L'HAD en EHPAD est une avancée dans la filière de soin gériatrique

Afin que tout patient ait la possibilité d'être soigné à domicile, l'HAD a l'autorisation d'intervenir dans les Etablissements d'Hébergement de Personnes Agées (Dépendantes ou non) depuis 2007.

En 2010, la prise en charge de personnes de 75 ans et plus a représenté près de 40 % de l'activité d'HAD en France en journées (et un quart des séjours), soit près d'un million et demi de journées.

Un tiers de ces séjours étant, quant à eux, directement prescrits par le médecin traitant, que le patient réside à son domicile ou en institution. Le médecin généraliste prescrit plus l'HAD pour les personnes âgées que pour le reste de la population.

58 % des patients pris en charge en HAD ont reçu des soins relevant du domaine des SSR, selon une étude de l'IRDES. Cela confirme la place de choix de l'HAD dans la filière de soin gériatrique.

L'ARS Lorraine fait de l'inclusion de l'HAD dans les filières de soins une de ses priorités en 2012, par plusieurs mesures : favoriser les conventions entre HAD et EHPAD, organiser l'intervention en soins palliatifs de l'HAD (en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs), développer la prise en charge en HAD des patients relevant du SSR, développer la chimiothérapie en HAD.

Comme le confirme notre étude, une forte proportion des pathologies présentées par les résidents d'EHPAD correspond à une prise en charge en HAD. Sur l'année 2010, l'HADAM a pris en charge 52 patients résidents en EHPAD (10% du nombre de séjour en 2010, bien plus que les 1,89% nationaux). Mais que sont 52 patients sur les 2150 résidents des EHPAD couvertes par l'HADAM ? Cela représente 2,4% des résidents, alors que notre étude retrouvait un résultat de 29% des résidents nécessitant au moins une fois dans l'année des soins relevant de l'HAD.

L'étude « Assurance Maladie et Perte d'Autonomie » réalisée par l'HACCAM<sup>(31)</sup> en 2011 a défini un taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD de 42% (321000 hospitalisations pour 550000 résidents en EHPAD). Selon la FNEHAD, seulement 2663 patients résidents en EHPAD ont bénéficié d'une HAD en 2010. Au total : **1,15% des hospitalisations des résidents en EHPAD se font en HAD.**

Il aurait été intéressant de trouver une étude synthétisant les motifs d'hospitalisations des patients résidents en EHPAD ; malheureusement, aucun PMSI ne recoupe ces informations. Aucune comparaison n'est possible entre les motifs d'hospitalisations conventionnelles et les motifs d'hospitalisations en HAD des résidents d'EHPAD. L'évaluation de l'impact de l'HAD en EHPAD sur l'hospitalisation conventionnelle est impossible. C'est dommage de créer un outil sans pouvoir l'évaluer.

### 3.2.4. Une dichotomie HAD –SSIAD encore difficile

Les SSIAD sont des services médico-sociaux qui apportent à domicile (ou dans certains établissements non médicalisés pour personnes âgées et personnes adultes handicapées) des prestations de soins auprès de personnes âgées de plus 60 ans ou présentant un handicap et des pathologies chroniques.

Nous l'avons vu plus tôt, les HAD sont également des établissements médico-sociaux qui conjuguent au domicile des patients (de tout âge) coordination, complexité et fréquence des actes « de nature hospitalière » en gardant le rôle « pivot » des professionnels de santé libéraux. Sans HAD, ces patients seraient admis en structure hospitalière.

L'HAD et les SSIAD participent à une même finalité qui est le maintien à domicile des personnes âgées. Au niveau des principes, la ligne de partage est relativement simple à établir puisque seuls les patients qui nécessitent des soins coordonnés et complexes ont vocation à être admis en HAD. A l'inverse, le SSIAD doit prendre en charge des cas plus simples, incluant une moindre charge en soins.

Leur coopération est nécessaire pour assurer une offre la plus complète possible, permettant de répondre à l'ensemble des besoins, en créant un continuum de prise en charge. C'est pourquoi la circulaire du 4 février 2004, confirmée par celle du 1er décembre 2006, affirmait la nécessaire complémentarité entre HAD et SSIAD : « *afin que l'HAD joue pleinement son rôle de maintien à domicile, son développement va de pair avec le développement de structures capables d'en prendre le relais tels que les SSIAD* ». Cette circulaire préconisait la création de structures polyvalentes ou de plateformes offrant des services d'HAD et de SSIAD gérées par un même opérateur.

Le développement des SSIAD a été fortement amplifié dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age. Il a fixé des objectifs ambitieux pour les SSIAD et l'HAD.

Cette volonté politique de coordination entre les deux structures est rappelée dans les recommandations de rapport HAD de l'IGAS en 2010, puis dans le SROS-PRS 2012 de l'ARS Lorraine.

### **3.3.L'expérience personnelle conditionne le recours à l'HAD**

#### **3.3.1. Une utilisation récente**

L'HADAM, l'HAD messine existe depuis 1999. Malgré cela, les médecins répondants de notre étude décrivent une **première utilisation de l'HAD datant de 4 ans (en moyenne)**. Cette jeune expérience de l'HAD surprend, d'autant plus que cette moyenne est identique dans les groupes EHPAD + et EHPAD -.

En reprenant l'histoire locale, on remarque qu'il y a 4 ans (en 2008-2009) se déroulait le 2e congrès d'HAD à Metz, sous la tutelle d'HADLOR. Cette association, dont le but était la promotion de l'HAD auprès des généralistes lorrains, était alors à l'apogée de son développement et de ses Formations Médicales Continues.

Ces formations multiples et répétées ont induit de nombreuses prescriptions d'HAD, autant de la part des généralistes formés qu'en post-hospitalier.

#### **3.3.2. La vision positive de l'HAD par les médecins généralistes**

29% des médecins interrogés (97 réponses) ont répondu à notre enquête, parmi eux, 88 médecins (88,7% des répondants) ont déjà utilisé l'HAD.

D'après les statistiques, l'HADAM a déjà collaboré avec 182 médecins généralistes sur leur territoire. Et 88 d'entre eux ont répondu à notre enquête, ce qui représente 48% des généralistes utilisant l'HAD. Malgré la fréquence des enquêtes par questionnaire et un certain « ras le bol » des médecins généralistes, ils sont tout de même 48% à avoir répondu à cette enquête, ce qui montre l'intérêt des médecins prescripteurs d'HAD pour cet outil.

Comme nous l'avons vu précédemment, 40% des demandes de prise en charge de l'HADAM sont faites par un médecin généraliste (seulement 8% sur le reste du territoire français). C'est encore un exemple de l'intérêt des médecins locaux pour l'HAD.

Ces statistiques confirment la vision positive de l'HAD par les médecins généralistes qui l'utilisent. Nous avons proposé aux médecins interrogés de leur adresser une copie de cette étude, 27% se sont montrés intéressés par cette démarche et ont laissé une adresse mail.

Comme certains médecins l'on fait remarquer dans leurs commentaires, même si l'autorisation d'intervention de l'HAD en EHPAD est un progrès de la médecine, c'est également une charge

supplémentaire sur les épaules des généralistes. On retrouve des difficultés à s'approprier soit le mode de fonctionnement, soit la complexité et la technicité de certaines pathologies (Cf : « *je n'utilise la seringue électrique éventuellement tous les 2 ou 3 ans* »), une surcharge administrative ou un manque d'intérêt pour l'outil HAD : « *certaines médecins ne sont pas assez disponibles, d'autres pas assez motivés.* »

### **3.3.3. Le recours à l'HAD en EHPAD reste hésitant**

Cette option reste encore très faiblement utilisée en France, elle représente 2,7% des journées d'HAD en 2010 <sup>(source FNEHAD)</sup>.

On note un essor de l'HAD en EHPAD en Lorraine depuis quelques années avec plus de 10% des journées d'HAD de l'HADAM réalisées au sein des EHPAD (rappelons que l'HAD en EHPAD est une initiative messine en 2003).

Les médecins de notre étude sont 61% à suivre des patients en EHPAD. Ayant une moyenne d'âge plus élevée que la population médicale française, ce sont des médecins dynamiques : Ils sont 30% à avoir déjà expérimenté l'HAD en EHPAD en 2010.

D'après le délai de première prise en charge en HAD de notre étude, les médecins utilisant l'HAD en EHPAD (groupe EHPAD +) ont utilisé l'HAD pour la première fois il y a 4 ans. Ce ne sont pas ceux qui utilisent l'HAD depuis la création de l'HAD locale. Leur moyenne d'âge est légèrement plus élevée (53,9 ans) que la population de notre échantillon (52 ans), ces médecins ont une meilleure connaissance de la convention tripartite unissant l'HADAM, les EHPAD et les urgences du CHR Bonsecours à Metz (48,3% la connaissent contre 11,9% dans le groupe EHPAD-), et une meilleure connaissance de l'organisation des HAD en EHPAD.

L'une des réponses les plus frappantes de notre étude est le fait que 33% des médecins répondeurs du groupe EHPAD- avouent ne pas connaître l'organisation de l'HAD en EHPAD. Cette méconnaissance a pour conséquence une non prescription de l'HAD dans ces structures, bien que ces mêmes médecins utilisent l'HAD au domicile de leurs patients. Un médecin sur deux ayant des patients en EHPAD n'a jamais utilisé l'HAD dans ces structures (61% des médecins répondeurs suivent des patients en EHPAD, mais seulement 31% l'utilisent en EHPAD). Les médecins répondeurs jugent également les pathologies de leurs patients résident en EHPAD trop lourdes pour être gérées au sein de ces structures.



L'évolution actuelle de la société tend vers une augmentation du nombre de patients en EHPAD, les médecins généralistes seront alors plus nombreux à suivre des patients (plus nombreux également) dans ces structures. Notre étude montre que 29,7% des résidents en EHPAD nécessitent au moins une fois par an des soins relevant de l'HAD. L'HAD sera un maillon essentiel de l'offre de soins dans cette population.

Le statut de médecin coordonnateur joue un rôle décisif dans l'implantation de l'HAD en EHPAD. Ces médecins, qui ont majoritairement une activité de médecine libérale en parallèle de leur coordination, sont ceux qui utiliseront en priorité l'HAD au sein de leur EHPAD. D'après notre étude, les médecins coordonnateurs suivent plus de patients en EHPAD, ont plus d'indication théorique à l'HAD et étant plus informés sur les conditions d'intervention de l'HAD en EHPAD et le déroulement de la prise en charge HAD, vont l'initier plus facilement. Ils ont un rôle de conseil auprès de leurs collègues intervenant dans leur structure, et même s'ils ne peuvent l'initier pour les patients de leurs confrères, peuvent leur suggérer une prise en charge HAD.

Mais l'HAD en EHPAD n'est pas seulement une question médicale, l'une des mesures préconisées par le SROS-PRS de janvier 2012 est d'organiser par département des réunions d'informations auprès des EHPAD <sup>(28)</sup>. L'intérêt d'un directeur d'EHPAD pour l'HAD favorisera son utilisation au sein de son établissement, ainsi que l'adhésion du personnel paramédical, premier interlocuteur du médecin généraliste lorsqu'il rend visite à son patient en EHPAD.

Il serait intéressant d'étudier la vision de l'HAD par le personnel paramédical des EHPAD.

### **3.3.4. Les avantages de l'HAD selon les généralistes interrogés**

#### ***3.3.4.1. Le bénéfice humain de l'HAD est le leitmotiv des généralistes***

Etre soigné à domicile est un droit pour chacun de nous, quel que soit notre lieu de vie (domicile personnel ou institution).

L'HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile. Etre soigné à la maison constitue en effet, pour l'immense majorité des malades, un confort moral et matériel indéniable. Cette « demande de domicile » s'exprime très fortement pour les soins palliatifs. La demande de pouvoir décéder chez soi est importante (plus des deux tiers des français), alors qu'actuellement, moins d'un tiers y décède. Le plan national «soins palliatifs » préconise le développement de la prise en charge de la fin de vie au domicile.

Pour les aidants, l'HAD évite de supporter les inconvénients de l'hospitalisation classique : trajets domicile-hôpital, ticket modérateur, forfait journalier, promiscuité... Par rapport aux formes plus « légères » de prise en charge à domicile, elle apporte une aide matérielle et psychologique notable.

Ces tendances devraient s'amplifier à l'avenir sous l'impact du vieillissement.

Cette demande est bien perçue de la part des médecins généralistes interrogés, les critères de bien-être et de santé morale sont les principaux facteurs orientant le médecin vers l'HAD. Les répondeurs des deux groupes s'accordent à dire que l'HAD est moins traumatisante que l'hospitalisation traditionnelle (87,2% des cas) et qu'elle a un bénéfice physique et psychique sur l'état de santé de leurs patients (74,4% des cas).

D'une façon générale, l'impact sur la santé d'une prise en charge à domicile, en alternative à une hospitalisation complète, est d'autant plus positif que la personne est fragile et que, sans HAD, le séjour hospitalier aurait été long, avec de multiples allers-retours entre le domicile et l'hôpital.

#### ***3.3.4.2. L'intérêt médical de l'HAD passe en second plan***

Les avantages de l'HAD liés à la prise en charge médicale du patient passent après son intérêt humain. Les médecins des deux groupes apprécient de pouvoir continuer la prise en charge de leur patient (67,4%), mais seulement ceux utilisant l'HAD en EHPAD sont motivés par le fait de pouvoir utiliser les ressources de l'hôpital à domicile (EHPAD+ : 58% vs EHPAD - : 17,4%). 12% des médecins du groupe EHPAD- se sont sentis contraints d'utiliser l'HAD, aucun dans le groupe EHPAD+.

Ces deux derniers points montrent une vision différente de l'HAD par les deux groupes :

- Le groupe EHPAD+ est constitué de médecins considérant l'HAD comme un outil faisant partie intégrante de leur panoplie médicale. Ils l'utilisent selon leurs indications en s'appuyant sur les moyens mis à leur disposition par l'hôpital : le pôle technique et la coordination. Cet outil les intéresse et ils se forment en conséquence.
- Le groupe EHPAD - est constitué de médecins qui ont en grande majorité utilisé l'HAD en post-hospitalier, parfois de manière un peu rapide, ressentie comme une contrainte. Ils gèrent bon gré mal gré leurs patients en HAD comme n'importe quel autre patient à domicile, sans prendre conscience du soutien que peut leur apporter l'hôpital. Leurs connaissances de l'HAD ne leur permettent pas de l'utiliser à 100%.

### 3.3.4.3. *L'intérêt financier est accessoire*

Du point de vue financier, l'HAD, comme l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation complète, présente la caractéristique de faire peser sur les ménages – et non sur les dépenses d'assurance maladie – la plus grande partie des charges non directement liées aux actes médicaux et paramédicaux : repas, surveillance, toilette, hôtellerie,... Ceci permet de compenser les surcoûts structurels de l'HAD, notamment les déplacements et les « déséconomies d'échelle » liées au fait que le personnel soignant d'HAD ne s'occupe que d'un patient à la fois <sup>(17)</sup> : une infirmière d'HAD consacrera 4h30 par patient par jour, contre seulement 1h30 pour une infirmière hospitalière.

Pour les médecins interrogés, les préoccupations financières restent secondaires. La diminution des durées d'hospitalisation (45% des répondeurs), le désengorgement des hôpitaux (27,9%) et l'économie de santé (27,9%) sont des critères accessoires entrant en compte dans la prescription des HAD.

Actuellement, aucun référentiel ne permet de définir le coût réel de l'HAD de manière précise. Ces coûts sont répartis entre les différentes branches de l'Assurance Maladie, le Conseil Général et les ménages, en fonction des différents besoins d'une personne âgée « dépendante » :

- Besoins qui relèvent de sa santé, c'est-à-dire des besoins liés à sa maladie, et non à son état de perte d'autonomie ;
- Besoins qui relèvent de son hébergement et de ses revenus de remplacement, c'est-à-dire les besoins qui auraient été les siens même si elle n'avait pas perdu son autonomie ;
- et enfin les besoins qui relèvent très spécifiquement de l'accompagnement et de la compensation de sa perte d'autonomie, sous forme d'aides humaines ou d'aides techniques.

Le graphique ci dessous permet une meilleure visualisation des besoins de la personne âgée :

**Figure 21: dépenses en faveur de la personne âgée en perte d'autonomie**  
Source : Rapport assurance Maladie et Perte d'autonomie, HCAAM, 23 juin 2011

Protection de la santé	Accompagnement de la perte d'autonomie		Couverture d'autres besoins de la vie
« SOINS »		« AIDES »	
Soins cliniques et techniques (ex : Hôpital, soins médicaux ...)	Soins d'entretien (ex : soins infirmiers AIS...)	Aides à la vie quotidienne (ex : aides humaines couvertes par l'APA...)	Autres prestations sociales en nature ou en espèces (ex : logement, revenus de remplacement ...)

Les besoins décrits dans le graphique sont uniquement liés à la personne dépendante, il faut y rajouter les frais annexes relatifs aux aidants familiaux. Une étude de la cour des comptes a estimé la valeur de l'apport des aidants à 6 % du PIB (Produit Intérieur Brut) s'ils étaient payés au SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance). L'activité de « soins à ses proches » serait ainsi la plus grande entreprise française<sup>(32)</sup>.

L'intervention de l'HAD en EHPAD est une véritable économie de santé, les frais de soins relatifs à l'EHPAD étant quasiment fixes (tarif soins et tarif hébergement en EHPAD), sans frais annexes d'aide aux aidants. Le rapport « Assurance Maladie et perte d'Autonomie » de l'HCAAM a estimé la dépense d'hospitalisation (conventionnelle) des résidents en EHPAD à 1,7 milliards d'euros par an, le nombre de résidents d'EHPAD hospitalisés étant de 231000. Nous avons vu que l'HAD ne représente que 1,15% de ces hospitalisations. En développant cet outil, l'intérêt financier de l'HAD en EHPAD est indiscutable.

L'intérêt financier de l'HAD au domicile du patient n'est pas démontré. L'Assurance Maladie n'a pas encore choisi s'il est plus économique de favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes ou leur institutionnalisation. Nous l'avons vu, aucun référentiel ne permet de chiffrer le coût d'une HAD, ni la part des résidents en EHPAD pouvant être en charge en HAD. Les aides au maintien à domicile se développent, ainsi que les places en EHPAD.

C'est un choix cornélien identique à celui qui avait été fait après la seconde guerre mondiale concernant la gestion de la petite enfance : la France avait favorisé le travail des femmes et la création de structures d'accueil de jeunes enfants, alors que l'Allemagne avait favorisé les aides aux mères au foyer élevant leurs enfants. Ce n'est que maintenant que l'Allemagne pâtit du manque de travailleurs, alors qu'en France, l'éducation des jeunes, de plus en plus difficile, nécessite la réintroduction de cours de morale.

### **3.3.5. Des freins modifiables**

#### **3.3.5.1. Liés au patient et à son entourage**

##### **3.3.5.1.1. Méconnaissance de l'HAD par l'entourage**

A la question « quels sont les freins à l'utilisation de l'HAD ? », les premiers freins évoqués par les médecins sont ceux inhérents au patient et à son entourage : « l'entourage de mes patients refuse l'HAD », « mes patients refusent l'HAD » et « les pathologies de mes patients sont trop lourdes pour l'HAD ». Ces réponses entraînent d'autres questions : qu'est ce que l'HAD pour le patient et son entourage ? N'est-elle perçue que comme une sous-hospitalisation ? Un moyen économique de soigner les gens ?

L'hospitalisation à domicile peut faire peur, face à la montagne institutionnelle qu'est l'hôpital, à la fois décriée et glorifiée. On reproche beaucoup de choses à l'hôpital : des locaux vétustes, une nourriture insipide, de n'être qu'un numéro de chambre... mais on ne lui reprochera jamais la proximité médicale, l'existence d'un plateau technique ou d'un service de réanimation. L'hôpital, c'est « all inclusive », tout est sur place, le patient, les infirmières, les médecins et le support technique. Pour la population générale, c'est tout le contraire de l'HAD !

Cette vision négative de l'HAD est liée à sa méconnaissance. La fonction purement thérapeutique de l'HAD n'est pas acquise, et le bénéfice du maintien à domicile du patient n'est pas assez mis en valeur. Il arrive fréquemment qu'une structure d'HAD accueille des patients « mourants » après un passage hospitalier et voient une nette amélioration dès le retour à domicile, avec reprise de l'alimentation et de communication. C'est une situation que j'ai moi-même pu constater.

La formation sur l'HAD doit s'étendre au grand public. La promotion de l'HAD est une volonté politique, ils auraient les moyens de communiquer vers la population générale, pas le biais de campagnes d'informations, d'évocation de l'hospitalisation à domicile dans les « livrets d'accueil patient » des hôpitaux et des EHPAD...

Le deuxième point dévalorisant l'HAD est le manque d'anticipation des sorties des services hospitaliers, qui, au lieu de penser à la sortie dès l'admission du patient, réalisent les sorties selon leur besoin de place. La sortie en HAD, parfois après un refus de placement en autre structure de soin tel que les SSR (engorgés) est alors perçue comme une « sous-hospitalisation », une solution alternative choisie par dépit.

L'ARS Lorraine propose d'inscrire au CPOM des établissements MCO et SSR un engagement sur le recours à l'HAD et l'amélioration des conditions de sortie en HAD, afin de palier à ce deuxième point.

### 3.3.5.1.2. Aides aux aidants

L'isolement socio-familial représente une difficulté majeure en HAD. Le refus d'un proche d'une prise en charge en HAD (freins à l'HAD dans 29% des cas selon notre étude) n'est pas seulement dû à la méconnaissance de cet outil. Le recours à l'hôpital est également un moyen de soulager temporairement un aidant familial surmené par sa double vie, ce qui n'est pas le cas en HAD.

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

Pour tenter de pallier cette difficulté, un congé de solidarité familiale existe depuis 2008, la loi du 2 mars 2010 élargissant le cercle des aidants pouvant bénéficier de ce congé<sup>(33)</sup>. Il permet à tout salarié de s'absenter pour assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital et lui garantit de conserver son poste. Il n'est pas indemnisé et sa durée maximale est de 3 mois renouvelable une fois. Actuellement, peu d'aidants familiaux prennent ce congé en raison de son absence de rémunération. Le temps d'accompagnement est donc fréquemment imputé sur leur vie personnelle.

Dans ce contexte, la loi de mars 2010 crée l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie qui accorde une rémunération pendant 21 jours à la personne accompagnante (34).

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

### **3.3.5.2. Liés à l'HAD elle-même**

#### **3.3.5.2.1. Relation avec l'équipe coordinatrice de l'HAD**

Certains médecins l'ont souligné dans leurs commentaires, les relations entre les médecins généralistes et l'HAD ne sont pas toujours telles qu'ils les souhaiteraient.

Actuellement, au sein de l'HADAM, le patient est sous la responsabilité de son médecin traitant, qui assure la surveillance médicale et les prescriptions thérapeutiques. Il peut contacter l'équipe d'HAD à tout moment par téléphone, pour un avis sur la prise en charge de son patient ou simplement discuter de l'évolution de son patient en HAD avec le médecin coordonnateur. Cette relation privilégiée entre médecins est possible à l'HADAM car elle a l'avantage d'être une structure à taille humaine où 2 médecins coordonnateurs gèrent 40 patients en HAD, par comparaison aux grandes structures parisiennes où un seul médecin coordonnateur à la charge de 300 patients.

Lors de modifications thérapeutiques, l'ordonnance est laissée au domicile du patient (appel de l'HAD si changement urgent).

L'équipe HAD organise une réunion de synthèse hebdomadaire, dont le compte rendu est envoyé au médecin traitant et à chaque intervenant libéral. Les infirmières ou le médecin coordonnateur n'hésitent pas à contacter le médecin traitant en cas de besoin. Les biologies réalisées et compte-rendus spécialisés seront transmis au cabinet.

La télémédecine améliorera la prise en charge des patients en HAD, plus particulièrement dans les zones sous-dotées médicalement.

L'approche de la **télémédecine en HAD** est centrée aujourd'hui sur la nécessaire coordination des soins entre les professionnels de santé qui interviennent au domicile. Cette coordination repose sur un dossier médical partagé qui puisse être consulté et alimenté par tous les intervenants afin de mieux coordonner les soins délivrés aux patients.

L'HAD de l'AP-HP (Assistance Publique –Hôpitaux de Paris), utilise déjà la télémédecine dans certaines indications, par exemple, le **télémonitoring foetal**, pour les femmes enceintes souffrant de diabète ou d'insuffisance rénale. Le forfait journalier de la télésurveillance du fœtus est similaire à celui d'une journée classique d'HAD, soit 97 euros/jour. Par comparaison, une journée d'hospitalisation en obstétrique revient à environ 732 euros/jour dans un hôpital de l'AP-HP<sup>(35)</sup>.

### 3.3.5.2.2. Le dossier médical

L'existence d'un double dossier médical, l'un au lit du patient (et donc visible par toutes les personnes visitant le malade), forcément « censuré », et l'autre au sein de la structure HAD ; divise les informations concernant le même suivi d'une seule personne. Ce double dossier complique l'accès aux informations.

Un médecin interrogé proposait de réaliser un dossier médicalisé sur support numérique au chevet du malade. C'est une idée à développer mais induisant un coût financier certain aux HAD (l'achat du matériel, des licences de logiciels médicaux, la sécurisation des informations et des assurances contre le vol de ces supports numériques).

Aux Etats Unis, l'avancée de la télémédecine a permis de mettre en place une plate-forme informatique (nommée **MCIS**) permettant aux infirmières de travailler sur la base de dossiers médicaux à jour et de consigner instantanément l'évolution de l'état de santé des patients. Cette surveillance rapprochée permet de détecter les problèmes de manière anticipée et d'administrer à temps le traitement adapté à la situation du patient, celui-ci restant à son domicile. Dans le cadre de l'HAD, ce système permet aussi aux praticiens de consulter, où qu'ils se trouvent, le dossier des patients sur les terminaux mobiles de type PDA ou tablettes. Les données médicales sont téléchargées et consultées n'importe quand et n'importe où, soit à l'hôpital, soit chez le patient, à partir d'une plate-forme **MCIS**, grâce à des bornes de liaisons radio.

Nous espérons que la réalisation du dossier médical personnel, qui devait être la prochaine avancée technologique de notre carte vitale, permettra ce type de partage d'information.

L'un des objectifs de l'ARS Lorraine dans son SROS-PRS, volet HAD, est de créer un dossier patient informatisé permettant l'accès des différents acteurs. Le développement des outils de télémédecine (téléconsultation, télésurveillance) est également une mesure envisagée pour faciliter la prise en charge en HAD, notamment dans les zones rurales et les territoires à faible densité de professionnels.



### **3.3.5.2.3. Sentiment de responsabilité accrue du personnel des EHPAD**

Lorsque l'état de santé d'un patient résidant en EHPAD s'aggrave, et qu'il nécessite des soins complexes et coordonnés, deux options sont discutées : l'hospitalisation conventionnelle ou l'HAD.

Du point de vue du personnel de l'EHPAD, l'HAD peut être perçue, soit comme une aide (les soins nouveaux étant réalisés par l'HAD, le fait que l'HAD soutienne l'équipe infirmière de l'EHPAD est un avantage de l'HAD reconnu par 74,2% des répondeurs), soit comme une surcharge de travail (le personnel de l'EHPAD devant assurer la surveillance des patients en HAD, plus fragiles et moins stables que leurs patients habituels). L'hospitalisation traditionnelle de ce patient réduirait la charge de travail du personnel d'EHPAD. Nous savons que les EHPAD travaillent souvent à flux tendu, avec des équipes paramédicales ramenées à leur strict minimum, prenant en charge des patients de plus en plus dépendants. Dans ces conditions, le départ d'un patient à l'hôpital permet à ces équipes de « souffler un peu ». C'est un paradoxe entre le bénéfice du maintien à domicile du patient en EHPAD et le bénéfice (répit, comme pour les aidants familiaux) pour le personnel de la structure lors de l'hospitalisation d'un de leurs résidents.

La surveillance nocturne des personnes en HAD majore légèrement la charge de travail des veilleuses de nuit. Elles ont une sensation d'augmentation de responsabilité vis-à-vis de ce patient, cela peut représenter un frein. L'hospitalisation à domicile est perçue comme une hospitalisation à distance. Il faut noter que cette surveillance nocturne ne nécessite aucune connaissance ni aucune formation, elle est habituellement confiée aux aidants familiaux des patients en HAD.

C'est encore une fois un problème de méconnaissance de l'HAD : une formation visant le personnel de l'EHPAD réduirait à néant ces tabous et faux freins.

### **3.3.5.2.4. L'HAD est perçue comme chronophage**

Une thèse réalisée en 2011 au sein de l'HADOV (l'HAD de Neufchâteau, qui couvre tout l'ouest vosgien) par Ioana Cucuteanu MULLER, portant sur l'implication des médecins généralistes dans l'HAD de l'Ouest Vosgien, a démontré que les médecins interrogés réalisaient en moyenne 1,3 visite (de 25 minutes) par semaine chez leurs patients en HAD (en moyenne 3 sur l'année interrogée), leur durée moyenne de séjour en HAD étant évaluée à 20 jours<sup>(36)</sup>. En faisant le calcul, le surplus de travail de (1.3 visite/semaine X 3 semaines (DMS=20-21 jours) X 25 minutes) X 3 patients /an = 292,5 minutes, soit 4h52 par an. Est-ce vraiment chronophage ?

### **3.3.5.3. Liés à la méconnaissance de l'HAD**

#### **3.3.5.3.1. Une histoire hospitalière**

L'HAD est méconnue, c'est un fait ! Mais cette méconnaissance n'est pas seulement liée à la formation médicale, c'est aussi dû à son histoire.

Ultime paradoxe, l'HAD a plus de 50 ans d'existence, mais son utilisation est jeune (4 ans). A l'origine, les prémices d'Hospitalisations A Domicile étaient des outils purement hospitaliers dévolus aux patients cancéreux de l'AP-HP. Au fil des lois et des années, elle s'est étendue à la population générale puis s'est ouverte à la prescription extrahospitalière (en 1974). Ce n'est qu'à partir des années 2000 que les antennes d'HAD fleurissent dans notre région, et qu'on commence à en parler. Cette origine hospitalière de l'HAD et l'un des principaux axes de communication (« l'HAD réduit les durées d'hospitalisation »), ont conforté les médecins dans leur vision hospitalière de l'HAD.

#### **3.3.5.3.2. Un nom connu**

A ce jour, 97,9% des médecins interrogés connaissent l'« Hospitalisation A Domicile », mais entre connaître un outil et savoir l'utiliser, le fossé est énorme. Le praticien libéral est un décideur et un prescripteur, on ne lui impose pas un outil, il ne prescrira pas quelque chose qu'il ne connaît pas ou dont il n'est pas convaincu. C'est tout l'enjeu de la formation médicale continue : informer, initier à l'HAD et convaincre de son utilité, rendre cet outil aussi commun que le bilan sanguin ou la radiographie thoracique ! En d'autres termes, rendre l'HAD subliminale.

#### **3.3.5.3.3. L'HAD en EHPAD**

Une dernière avancée de l'HAD est son utilisation en EHPAD, pour laquelle peu de communications ont été faites. Les commentaires des généralistes rapportés par notre étude nous informent que certains n'ont « aucune connaissance » dans ce domaine, ou qu'ils « ne comprennent pas bien le rôle de chacun ». Les réponses prédominantes à la question sur les freins de l'HAD en EHPAD montrent ce manque de connaissances: « je ne savais pas que c'était possible », « je ne connais pas suffisamment l'organisation de l'HAD en EHPAD », et « je n'ai pas d'indication à l'HAD en EHPAD ».

En se référant aux pathologies retrouvées en EHPAD, les indications d'HAD sont fréquentes, mais sont-elles acquises par les médecins traitants?

Notre recherche bibliographique nous a difficilement permis de déterminer quelles pathologies relevaient d'une prise en charge en HAD en EHPAD en tant que diagnostic principal et/ou diagnostic associé. Dans la pratique médicale de ville, où les patients s'enchaînent au cabinet médical, et dont seulement 2 à 3 par an nécessiteraient l'intervention de l'HAD (et combien de ces patients résident en EHPAD ?), pensez-vous que ce médecin traitant aura le temps et de l'énergie à consacrer à cette recherche ?

Non.

Il est essentiel d'établir un support apportant à ces médecins toutes les informations nécessaires à la prescription et l'utilisation de l'HAD, à la fois au domicile et en EHPAD.

#### ***3.3.5.4. Liés à la politique de santé***

La politique de santé actuelle est en faveur du maintien à domicile des personnes âgées. Certains médecins considèrent que l'HAD est le résultat du désengagement des hôpitaux envers des patients poly-pathologiques dont le retour à domicile n'est pas assuré.

Cette politique est vécue comme un moyen de reporter des soins hospitaliers vers les médecins traitants. Nous avons vu plus haut que l'HAD n'est pas plus chronophage que de remplir sa déclaration d'impôt !

Le problème est donc celui de la responsabilité médicale du patient en HAD. Le patient est sous la seule responsabilité du médecin traitant ; une responsabilité ne pouvant être partagée entre plusieurs acteurs de soins. Le médecin coordonnateur de l'HAD, même si son implication est importante dans la prise en charge du patient, n'est pas garant du patient. Mais cette responsabilité du médecin traitant n'est-elle pas la même, que le patient souffre d'une rhinite ou d'un cancer nécessitant des soins hospitaliers ? La différence fondamentale est que le médecin traitant maîtrise le traitement d'une rhinite, mais ne maîtrise pas le traitement du cancer ; doit-il accepter d'être seul responsable d'une prise en charge coordonnée définie par d'autres ? C'est une question éthique que chaque médecin doit se poser.

## **4. Biais**

### **4.1. Biais de sélection**

Notre étude présente un biais de sélection induit par le mode de recueil de données choisi : le questionnaire. Les questionnaires retournés sont ceux des personnes concernées par l'HAD. On retrouve une surexpression des médecins intéressés par l'HAD. D'après les chiffres de l'HADAM, celle-ci est flagrante : 50% des médecins généralistes des cantons couverts ont travaillé avec l'HADAM (cela représente 182 médecins), et 88 de nos répondants issus de ces mêmes cantons ont déjà utilisé l'HAD. Donc nous avons recueilli les réponses de 88 des 182 médecins qui utilisent l'HAD sur les cantons couverts par l'HADAM (48%).

Ce biais de sélection a été limité par l'exhaustivité de l'enquête, qui permettait à tous les médecins d'exprimer leur opinion.

La population interrogée n'est pas représentative de la population médicale actuelle. C'est une population légèrement plus âgée, dont le taux de femmes médecins est abaissé par rapport à la moyenne nationale.

### **4.2. Biais de non réponse**

La non-réponse des médecins interrogés dépend-elle de leur manque de temps ou de leur désintérêt pour l'étude en cours ? Par déduction, nous savons que les médecins non répondants sont peu utilisateurs d'HAD, leurs réponses auraient pourtant permis d'affiner les réponses en rendant certains résultats significatifs.

### **4.3. Biais de confusion**

Nous sommes conscients que notre population de répondants inclue des médecins étant à la fois médecin généraliste et coordonnateur d'EHPAD. Le fait d'interroger des médecins étant coordonnateur d'EHPAD sur l'HAD au sein des EHPAD induit forcément un biais de confusion, ces médecins sont impliqués dans la vie de leur structure de soins, ils ont signé des conventions avec l'HAD. Ils sont par conséquent mieux informés sur l'HAD en EHPAD.

#### **4.4. Taille de l'échantillon et validité de l'étude**

Le taux de réponse de 29% n'a pas permis d'obtenir de résultats significatifs à la majorité des questions posées. Ces résultats sont donc à approfondir par d'autres études ayant un plus grand échantillon, peut être en menant cette étude à l'échelle départementale et pas seulement à l'échelle d'une HAD.

L'extrapolation des résultats est difficile car l'étude est réalisée à l'échelle locale, dans un contexte favorisant les relations entre HAD et médecin traitant. Nous l'avons dit plus tôt, l'HADAM est l'HAD lorraine ayant le plus fort taux de prescription d'HAD issue des médecins généralistes, c'est également l'HAD pionnière de l'intervention HAD en EHPAD au niveau national. Cette particularité nous a permis d'avoir un échantillon de médecins utilisant l'HAD en EHPAD suffisant pour être exploitable, mais n'autorise pas l'extrapolation des résultats obtenus à plus grande échelle.

## 5. Propositions

### 5.1.Développement de l'HAD sur les lits temporaires d'EHPAD.

La mise à disposition de l'hôpital (par « réservation contractuelle ») de places de SSIAD et d'EHPAD de « transition », permettrait de prendre en charge rapidement une personne âgée en sortie d'hospitalisation, avant décision d'orientation définitive (retour à domicile, institutionnalisation).<sup>(31)</sup>

Les expériences d'hébergements temporaires en EHPAD ou en places de transition en SSIAD (par exemple en Gironde, avec Transi-SSIAD) montrent l'intérêt de disposer d'un volant de places pouvant être rapidement mobilisés pour permettre une sortie d'hospitalisation rapide.

Le délai d'hébergement en lit temporaire est alors mis à profit pour identifier la meilleure orientation pour la personne âgée, et préparer soit le retour à domicile dans des conditions optimales (prestations de soins d'entretien, mise en place d'une aide à domicile, adaptation de l'habitat), soit l'entrée définitive en EHPAD.

Ces places d'hébergement temporaires en EHPAD pourraient également être utilisées en HAD pour limiter l'hospitalisation des personnes fragiles vivant seules à domicile. La difficulté serait de trouver des places temporaires d'EHPAD dans le secteur d'intervention du médecin traitant du patient. Ces patients pourront être soignés par la personne de leur choix : leur médecin traitant.

Certains membres du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) estiment que la même logique devrait conduire à disposer de places de SSIAD en aval des prises en charge en HAD.

## **5.2.Réaliser une étude sur les motifs d'hospitalisations des résidents d'EHPAD**

Les motifs d'hospitalisation des résidents en EHPAD sont pour l'instant obscurs, mal définis et non quantifiés, tant sur l'aspect financier que sur les pathologies conduisant à ces hospitalisations.

Le rapport de la HCAAM estimait de manière indirecte un pourcentage de 42% de résidents d'EHPAD hospitalisés chaque l'année. Sont coût financier est chiffré à 1,7 milliards d'euros. Mais aucune donnée PMSI n'existe.

La convention tripartite signée entre le président du Conseil Général, l'ARS et les EHPAD a imposé la tenue de rapports médicaux synthétiques concernant chaque résident. Ces rapports sont détenus par les établissements et les ARS.

Ces informations permettraient de définir le pourcentage de résidents hospitalisés dans l'année et les pathologies ayant conduit à ces hospitalisations.

Une étude corrélant les motifs d'hospitalisation des résidents en EHPAD aux motifs de prise en charge en HAD en EHPAD permettrait de décrire l'effet de l'autorisation d'intervention de l'HAD au sein des EHPAD sur le recours à l'hospitalisation de leurs patients.

## **5.3.Promouvoir l'HAD en EHPAD**

Cette promotion pourrait passer par une contractualisation entre ARS et EHPAD ayant pour objectif la réduction des hospitalisations complètes<sup>(31)</sup>.

Le récent rapport de l'IGAS sur l'HAD estime que l'abattement de la rémunération de la structure de HAD figure parmi les facteurs de blocage du développement de ce type de prises en charges en EHPAD. Or, l'IGAS indique que les médecins coordonnateurs d'EHPAD sont très demandeurs d'intervention d'HAD pour certains résidents lourds, ne nécessitant pas d'hospitalisation complète. Il pourrait donc être envisagé de supprimer cet abattement dès lors que l'EHPAD s'engage à diminuer son taux d'hospitalisations « inadéquates ».

Cette mesure passe par l'information des médecins traitant des patients résidents en EHPAD sur l'HAD en EHPAD, l'engagement du directeur d'EHPAD dans cette politique de soins et l'intervention des médecins coordonnateurs auprès de ses confrères pour ancrer le bien fondé de cette mesure.

#### **5.4.Développer une campagne d'information de l'HAD au niveau du grand public et des personnels paramédicaux des EHPAD**

Une condition sine qua non à l'intervention de l'HAD est l'accord du patient et de son entourage à sa prise en charge en HAD. Mais comment les patients appréhendent-ils l'HAD, alors qu'ils ont un « idéal de soins » hospitalier ? Ce qu'on ne connaît pas nous fait peur, c'est universel. L'homme avait peur du feu avant de l'utiliser, maintenant il ne pourrait plus s'en passer !

Il est légitime d'informer la population sur cet outil médical qui va se développer rapidement, sous l'impulsion d'une politique volontariste. Nous savons également qu'à l'ère d'internet et des nouvelles communications, les patients ne sont plus passifs et obéissants face à leur médecin, mais proposent des choses qui leur paraissent bénéfiques.

La principale question est : Par quel moyen toucher un maximum de personnes ? Faut-il lancer une campagne publicitaire à grande échelle, en sachant que n'importe qui d'entre nous peut à un moment donné être soit patient soit aidant familial en HAD ? Faut-il cibler une population de personnes fréquemment hospitalisées à travers une information sur l'HAD dans le livret d'accueil de l'hôpital ? Ou encore faut-il cibler une population dépendante au sein des EHPAD via leur livret d'accueil ?

C'est à cette même politique volontariste qui décide et finance le développement de l'HAD (par son inclusion dans des réseaux de soins, en optimisant le maillage territorial...) qui devra choisir quel moyen est le plus efficace afin d'aider au développement de l'HAD.



## **5.5.Développer un répertoire partagé des structures d'HAD**

Un répertoire partagé des structures d'HAD, en lien avec le Répertoire Opérationnel des Ressources, faciliterait la connaissance de l'offre en HAD auprès de tous les professionnels de santé.

Vous l'avez peut-être constaté, la revue de la littérature numérique concernant l'Hospitalisation à Domicile retrouve pléthore de sites internet généralistes informant le public et les médecins sur l'HAD : sa définition, son histoire, son champ d'action, la prise en charge des soins et parfois la procédure d'hospitalisation en HAD... Ces informations sont polyvalentes, elles s'adressent aux HAD en général. Il est difficile de trouver des informations concernant une HAD lorraine en particulier.

Mis à part les 4 HAD ayant des sites internet et la dizaine d'HAD (sur 18) figurant sur le répertoire de la FNEHAD, nous sommes dans l'impossibilité de contacter certaines HAD si nous n'avons pas eu de plaquette d'information spécifique.

Pour une meilleure transparence et un accès plus aisé aux outils médicaux utiles, il est indispensable de créer un répertoire regroupant toutes les informations les concernant.

Nous avons entrepris, dans le cadre de notre mémoire de médecine générale, la réalisation d'un guide pratique de l'HAD en Lorraine regroupant les informations utiles à l'utilisation de l'HAD dans notre région, sous forme d'un site internet. Ce guide permettra à tous médecin de définir si son patient est éligible à l'HAD, si sa commune est couverte par une HAD, et comment contacter la structure correspondante.

Ce guide pratique, réalisé avec le soutien de l'ARS, est en ligne depuis le 04 octobre 2012, disponible sur [www.hadlorraine.fr](http://www.hadlorraine.fr)

# Conclusion

---

L'HAD est un sujet vaste, intéressant et complexe. Son développement et le maillage territorial sont des volontés politiques affirmées et ancrées à tous les échelons : national, régional et local. Au niveau national, la politique actuelle est en faveur du maintien à domicile, et donne les moyens à l'HAD de se développer. L'ARS Lorraine vient d'inclure un volet HAD dans son Schéma Régional d'Organisation des Soins, pour un maillage optimal de territoire, quant au niveau local, l'HADAM et les organismes de formation médicale poursuivent leurs actions de promotion de l'HAD. Mais malgré une formation active depuis plus de 10 ans, l'HAD n'est pas encore totalement entrée dans la pratique médicale locale.

Nous avons constaté que les médecins ont une vague notion de l'HAD en EHPAD, ceux qui la connaissent sont ceux qui l'ont déjà utilisée et les médecins coordonnateurs d'EHPAD. Les médecins utilisant l'HAD en EHPAD sont légèrement plus âgés que la population médicale locale. Ils travaillent majoritairement en groupe, avec plus d'activités annexes à leur exercice libéral. Leur implication dans la formation médicale, par le biais de séances de Formations Médicales Continues ou la réalisation de diplômes complémentaires, est forte.

Les médecins locaux auront un fort taux de renouvellement dans les 10 prochaines années, la poursuite de la formation médicale continue est vitale à l'HAD, tant par la formation des généralistes installés que par la formation universitaire sur l'HAD, comme des stages d'internat. La Faculté de Médecine de Nancy a été un précurseur dans ce domaine, cela a permis la formation de plus de 50 internes de médecine générale à cet outil.

L'expérience personnelle des médecins joue grandement sur leur utilisation de l'HAD en EHPAD. Les avantages humains tels que le bénéfice physique et psychologique du maintien à domicile et un moindre traumatisme pour le patient sont des priorités pour les médecins, avant leurs propres intérêts (suivre son patient, soutien de l'équipe de coordination, utilisation du plateau technique hospitalier). A contrario, les objections à l'utilisation de l'HAD sont dues au refus de l'HAD par le patient ou son entourage d'entrer en HAD (mais que savent-ils exactement de l'HAD ?) et au manque d'indication d'HAD.

L'expérience de l'HAD est relativement jeune (4 ans). L'HAD en EHPAD étant réalisée par l'HADAM depuis 2003, bien avant l'autorisation nationale fin 2007. Elle n'a pas d'autre frein que la méconnaissance, autant de son existence que de ses indications. C'est pourtant un outil apprécié des

patients et des infirmières d'EHPAD, et après une première expérience, apprécié des médecins qui l'ont utilisé.

L'utilisation de l'HAD au sein des EHPAD a de beaux jours devant elle. Actuellement, seulement 1,15% des résidents hospitalisés le sont en HAD. Notre étude retrouve 29% de pathologies présente au sein des EHPAD entrant dans le champ de l'HAD. Même si nous n'avons pas d'étude définissant les motifs d'hospitalisation des résidents, nous pouvons aisément supposer qu'il y a plus de 1,15% d'indication!

L'HAD n'est pas une alternative à la médecine libérale, mais bien une alternative à l'organisation pyramidale de l'hôpital, permettant la participation d'acteurs multidisciplinaires dans un nouvel espace de proximité autour du patient. La médecine contemporaine ne se pratique plus seule, elle fait partie intégrante d'un réseau de soins.

Il faut se donner les moyens d'utiliser cet outil HAD, par la formation et l'information. Nous avons tenté d'apporter notre contribution au développement régional de l'HAD, avec le concours de l'ARS, en élaborant un guide pratique de l'HAD à visée des médecins prescripteurs, disponible sur [www.hadlorraine.fr](http://www.hadlorraine.fr)

Il reste encore de nombreux points à développer pour favoriser l'éclosion de l'HAD en EHPAD, comme définir les motifs d'hospitalisation des patients en EHPAD, le coût réel d'une HAD en EHPAD, évaluer la possibilité des réalisation d'une HAD sur les lits temporaires d'EHPAD, et engager une campagne d'information au niveau du grand public.

L'HAD mérite qu'on s'y intéresse.

# Bibliographie

---

1. **Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.** *Plan solidarité grand âge*. 2006. 39p.

2. **Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile.**

Histoire de l'HAD. In *FNEHAD*. [En ligne]. [Consulté le 29/09/2011].

Diponible sur : <<http://www.fnehad.fr/lhad/histoire-had.html>>.

3. **République Française.**

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. [En ligne]. [consulté le 29/09/2011]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr>>.

4. **Ministère des affaires Sociales et Sanitaires.**

Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics. *Journal Officiel de la République Française*, 19 mars 1986, p. 4620-4621.

5. **République Française.**

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991, n°179, p. 10255.

6. **Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.**

Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 08 octobre 1992, n°2340234, p. 13990.

7. **Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.**

Décret n°93-407 du 17 mars 1993 relatif à la durée de validité des autorisations mentionnées à l'article L. 712-8 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). *Journal Officiel de la République Française*, 21 mars 1993.

8. **Ministère de l'Emploi et des Solidarités.**

Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Texte non paru *Journal Officiel de la République Française*.

9. **Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.**

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal Officiel de la République Française*, 06 septembre 2003, p. 15391.

10. **Ministère de la Santé et des Solidarités.**

Circulaire DHOS/O3 n°2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. *Bulletin Officiel Santé*, 15 février 2007, n°1, p.89-93.

**11. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.**

Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C no 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. Bulletin Officiel Santé, 15 décembre 2007, n°11, p.60-64.

**12. République Française.**

*Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.* Journal Officiel de la République Française, 22 juillet 2009, n°0167, p. 12184.

**13. Ministère de la Santé, de la famille et des Personnes Handicapées.**

Circulaire n° DHOS/O n°2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins. Bulletin Officiel Santé, 15 septembre 2005, n°8, p.45-48.

**14. MARILIER Sophie ; MICHELI Evelyne ; MARTIN-PFITZENMEYER Isabelle et al.**

Place de l'hospitalisation à domicile dans la filière de soins gériatriques: étude rétrospective de 48 patients âgés pris en charge en hospitalisation à domicile. La revue de gériatrie. 2009, Vol. 34, n°2, p. 87-93.

**15. Ministère de la Santé et des Solidarités.**

Circulaire DHOS/O3 n°2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Bulletin Officiel Santé, 15 février 2007, n°1, p.89-93.

**16. SAUVAGE Delphine.**

*Importance de la formation médicale dans le recours à l'HAD.*

Th D. Médecine générale : Nancy UHP-1, 2010, 124p.

**17. DURAND Nicolas ; LANNELONGUE Christophe ; LEGRAND Partrice ; et al.**

*Hospitalisation à Domicile (HAD).* Tome 1. Inspection Générale des Affaires Sociales. 2010.

Rapport n° RM2010-109P. 177p.

**18. AFRITE Anissa ; COM-RUELLE Laure ; OR Zeynep ; et al.**

*L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation.*

IRDES. 2007. Bulletin d'information en économie de la santé, n°119, 8p.

**19. Ministère du Travail, de l'Emploi et des Solidarités.**

Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française, 31 décembre 2010, n°303, p 377-378.

**20. MALBEC Jean Claude.**

Mission du médecin coordonnateur. [In : Université Paris Descartes. DU médecin coordonnateur d'EHPAD]. [En ligne]. [Consulté le 03/04/2012]. Disponible sur : < <http://www.ehpad.org/Formation/missions-du-medecin-coordonnateur>>.

**21. Ministère de l'emploi et des solidarités.**

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française, 27 avril 1999, n°98, p. 6223.

22. **Philippe BAS. Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.** *Plan solidarité grand âge.* 2006. p. 39p.
23. **ROMESTAING Patrick ; LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwenaëlle.**  
*La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Lorraine, situation au 1er juin 2011.*  
Ed. : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011, p. 29-35.
24. **Gérontopole de Toulouse.**  
Etude PLEIAD. *La revue de Gériatrie.* juin 2010, Tome 35, n°6.
25. **AUDRIC Sophie.**  
*L'exercice en groupe des médecins libéraux.* Ed. : Etudes et Résultats DREES, 2004, Vol. 314, 12p.
26. **SAURY Robert.**  
*Vade-mecum d'exercice libéral - Extrait du guide du jeune médecin.* Ed. : Ordre National des Médecins  
Conseil National de l'Ordre, 2004, 8p.
27. **VAUTIER Jean Charles.**  
*L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine: Etat des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures, proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural.* Th D. Médecine Générale : Nancy UHP-1, 2006, 230p.
28. **Agence Régionale de Santé de Lorraine.**  
Hospitalisation à domicile (HAD). In : Le Schéma Régional d'Organisation des soins 'SROS-PRS'. Nancy 2012. 222p.
29. **Comité régional de la démographie des professionnels de santé - Lorraine.**  
*Rapport du comité régional de la démographie des professionnels de santé.* 2004. p. 54.
30. **BRAS Pierre Louis ; DUHAMEL Gilles.**  
*Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins.* Ed : Inspection Générale des Affaires Sociales, 2008, 58p.
31. **Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.**  
Rapport: Assurance maladie et perte d'autonomie, 2011, 186p
32. **FONLUPT Dominique.**  
La double journée des aidants familiaux. *La vie*, 2010, n°3371, p. 60-63.
33. **BARBE Charlotte ; GIMBERT Virginie.**  
Aider les aidants: quels dispositifs pour accompagner les aidants familiaux des personnes âgées dépendantes? . In : Centre d'analyse stratégique. *Rapport Vivre ensemble plus longtemps.* Ed : Centre d'analyse stratégique, Rapports et documents, 2010, n°28, p 231-262.
34. **République française**  
Loi n° 2010-209 du 2 mars 2010 visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. *Journal Officiel de la République Française*, 03 mars 2010, n°0052, p. 21-23.

**35. SIMON Pierre ; ACKER Dominique.**

Rapport: place de la télémédecine dans l'organisation des soins. Ed : Inspection Générale des Affaires Sociales, 2008, 160p.

**36. MULLER CUCUTEANU Ioana.**

Implication des médecins généralistes dans l'hospitalisation à domicile de l'ouest vosgien, analyse d'une enquête d'opinion. TH D. Médecine générale : Nancy UHP 1, 2011, n°3846, 95p.

**37. Ministre de la Santé et des Sports.**

Arrêté du 24 mars 2009 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française, 16 mai 2009, n°0113, texte 26, p. 63-66.

# Annexes

---

*Annexe 1 : Liste des tableaux et graphiques*

*Annexe 2 : Index de Karnofsky*

*Annexe 3 : Modes de Prise en Charge autorisés en HAD à domicile et en EHPAD*

*Annexe 4 : Définition des modes de prise en charge autorisés en HAD*

*Annexe 5 : Questionnaire*



# Annexe1 : Liste des tableaux et graphiques

Figure 1: Evolution de 2005 à 2010 du taux de couverture HAD dans les régions métropolitaines (données PMSI HAD).....	36
Figure 2: Répartition par classe d'âge et par genre des séjours HAD en 2010 hors obstétrique et pédiatrie .....	37
Figure 3: Couverture HAD de Lorraine en janvier 2012 .....	40
Figure 4: Pyramide des âges des médecins libéraux et mixtes Lorrains (Source CNOM 2009) .....	58
Figure 5: Pyramide des âges des médecins généralistes interrogés .....	64
Figure 6: Pyramide des âges des médecins répondeurs.....	70
Figure 7: lieu d'exercice des médecins répondeurs .....	71
Figure 8: Pourcentage de médecin des deux groupes ayant une spécialisation (DU, DIU, DESC) .....	75
Figure 9: Pourcentage de médecins de chaque groupe ayant participé à une ou plusieurs formations médicales continues dans l'année précédente.....	76
Figure 10: Moyen par lequel les médecins généralistes ont connu l'HAD.....	77
Figure 11: Pourcentage de médecins des deux groupes ayant connaissance de la convention tripartite HADAM - EHPAD - SAU messin.....	78
Figure 12: Provenance possible du patient hospitalisé en HAD .....	79
Figure 13: Médecin prescripteur d'HAD en EHPAD selon les médecins des deux groupes .....	80
Figure 14: Facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD (en pourcentage), selon les médecins utilisateurs d'HAD ...	83
Figure 15: Facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD en EHPAD (en pourcentage).....	85
Figure 16: Freins à l'utilisation de l'HAD (en pourcentage), selon les médecins n'utilisant pas l'HAD .....	86
Figure 17: Comparaison des freins à l'HAD en EHPAD (en pourcentage) par rapport aux freins à l'HAD simple .	88
Figure 18: Fréquence des prises en charge éligibles à l'HAD au sein des EHPAD, selon les médecins suivant des patients en EHPAD (issus des deux groupes).....	93
Figure 19: Comparaison des pyramides des âges .....	99
Figure 20: Comparaison exercice en groupe – exercice seul en fonction des classes d'âge.....	100
Figure 21: dépenses en faveur de la personne âgée en perte d'autonomie.....	114

Tableau 1: Répartition des médecins généralistes par départements en 2011 .....	59
Tableau 2: Répartition par sexe des médecins répondeurs.....	73
Tableau 3: Répartition par âge des médecins répondeurs.....	73
Tableau 4: Répartition par lieu d'exercice des médecins de chaque groupe.....	73
Tableau 5: Répartition par mode d'exercice des médecins de chaque groupe .....	74
Tableau 6: Description des activités annexes des médecins de chaque groupe.....	74
Tableau 7: Connaissance de l'organisation de l'HAD en EHPAD par les médecins des deux groupes .....	80
Tableau 8: Délai de première prise en charge en HAD par les médecins de chaque groupe.....	82
Tableau 9: Fréquence de citation de chaque pathologie prise en charge en HAD .....	92
Tableau 10: Comparaison de notre échantillon à la démographie médicale.....	98

## Annexe 2 : Index de Karnofsky

Définition	%	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler  pas besoin de soins particuliers	100	normal, aucune évidence de maladie
	90	capable d'assurer une activité normale, signes mineurs de maladie
	80	capable d'exécuter une activité normale mais avec effort ; quelques signes apparents de la maladie
Incapable de travailler  capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	peut assurer ses soins, mais incapable d'exécuter une activité normale ou de faire un travail actif
	60	dépendance occasionnelle, exige l'assistance occasionnelle mais est capable d'assurer la plupart de ses propres besoins
	50	dépendance totale, exige une assistance considérable et un soin médical fréquent
Incapable de subvenir à ses besoins  requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	exige un soin spécial et une assistance, statut de handicap
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire traitement actif de soutien nécessaire
	10	Mourant ; mort imminente
	0	Décédé

## Annexe 3 : Modes de prise en charge HAD autorisés à domicile et en EHPAD

### En HAD Conventionnelle

SEULS OU ASSOCIES
Traitements intraveineux
Soins palliatifs
Prise en charge de la douleur
Pansements complexes et stomies
Surveillance post chimiothérapie
Surveillance d'aplasie
Education du patient et de l'entourage
Transfusion sanguine
Chimiothérapie
Surveillance d'une grossesse à risque
Retour précoce à domicile après accouchement
Post partum pathologique
Prise en charge du nouveau né
Autres traitements

OBLIGATOIREMENT ASSOCIES
Assistance respiratoire
Nutrition entérale
Nutrition parentérale
Suivi post radiothérapie
Rééducation orthopédique
Rééducation neurologique
Prise en charge psychosociale

ASSOCIE + KARNOFSKY <50%
Soins de nursing lourds

### En EHPAD<sup>(37)</sup>

SEULS OU ASSOCIES
Traitement intraveineux <sup>4</sup>
Soins palliatifs
Chimiothérapie (IV seulement)
Prise en charge de la douleur (par PCA <sup>5</sup> )
Autres traitements
Pansements complexes
Transfusion sanguine
Surveillance des aplasies

OBLIGATOIREMENT ASSOCIES
Assistance respiratoire
Nutrition entérale
Nutrition parentérale
Suivi post radiothérapie
Rééducation orthopédique
Rééducation neurologique

ASSOCIE + KARNOFSKY <50%
Soins de nursing lourds

<sup>4</sup> Nécessitant le passage nocturne d'une infirmière non présente en EHPAD

<sup>5</sup> PCA : Patient Control Analgesia = Pompe à Morphine

## Annexe 4 : Définition des modes de prise en charge autorisés en HAD

Modes de prise en charge (MPC)	Définition
1. Assistance respiratoire	Ce mode de prise en charge concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite (autonomie par 24 heures inférieure à 4 heures). Il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages, mais également les soins éducatifs au patient et à son entourage
2. Nutrition parentérale	La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (gestion d'une voie veineuse centrale, fourniture et maintenance des pompes)
3. Traitement intra veineux	Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre sur voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques. Elle nécessite plusieurs passages infirmiers par jour
4. Soins palliatifs	Prise en charge d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie
5. Chimiothérapie	La prise en charge comporte l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ; l'administration de la chimiothérapie, la surveillance médico-soignante des thérapeutiques ; la surveillance et la gestion des effets secondaires immédiats et retardés
6. Nutrition entérale	Concerne des patients porteurs de sondes naso-gastriques, de gastrostomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. Il nécessite une surveillance soignante continue, la maintenance des pompes et l'éducation du patient et de son entourage
7. Douleur	Evaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques
8. Autres traitements :	Il s'agit de prise en charge de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents
9. Pansements complexes et soins spécifiques	Pansements complexes = escarres, ulcères, brûlés Soins spécifiques = stomies compliquées

	Ce mode de prise en charge concerne les patients porteurs de plaies complexes nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne
11. Rééducation orthopédique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie
12. Rééducation neurologique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie neurologique
13. Surveillance Post chimiothérapie	La prise en charge comporte la surveillance et la gestion médico soignante des effets secondaires d'une chimiothérapie hospitalière : surveillance infectieuse, hématologique et nutritionnelle
14. Soins infirmiers lourds	Prise en charge quotidienne supérieure à 1 heure à raison d'au moins deux passages par jour, supérieurs à 30 minutes, chez des patients très dépendants
15. Education du patient et de son entourage	Suivi médico-infirmier quasi quotidien et éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires, stomies, surcharge pondérale, épilepsie...)
17. Radiothérapie	La prise en charge comporte la surveillance et la gestion médico-soignante des effets secondaires d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle
18. Transfusion sanguine	La transfusion sanguine est assurée directement, selon les lieux, par l'équipe médico-soignante de l'HAD ou en partenariat direct avec l'EFS. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents et accidents
19. surveillance de grossesse à risque	Prise en charge des femmes enceintes, immobilisées à domicile et en menace d'accouchement prématuré. Ce protocole inclus le monitoring fœtal avec télésurveillance et le passage d'une sage femme au moins 3 fois par semaine
20. Post partum physiologique	Prise en charge consécutive à une sortie anticipée de MCO
21. Post partum pathologique	Prise en charge consécutive à des suites pathologiques de l'accouchement
22. Prise en charge du nouveau-né	Protocole principal concernant le nouveau né. Ne peut être associé aux 2 protocoles précédents
24. Surveillance des aplasies	La prise en charge comporte, quelle que soit la méthode aplasante : - la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; - la surveillance et la gestion des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion, décision d'hospitalisation)
25. Prise en charge psychologique et/ou sociale	Il s'agit du soutien psychologique du malade et de son entourage et/ou d'une prise en charge sociale par des professionnels spécialisés

# Annexe 5 : Questionnaire

## 1. IDENTITÉ

Date : .... / .... / 2011

Q 1. Etes-vous : (cochez la case correspondante)

Q1a. Médecin généraliste ☐ Oui ☐ NonQ1b. Thésé(e) ☐ Oui ☐ NonQ1c. Inscrit(e) à l'ordre ☐ Oui ☐ NonQ1d. Remplaçant(e) ☐ Oui ☐ NonQ1e. Installé(e) ☐ Oui ☐ Non

(Veuillez renseigner les questions Q 4 et Q 5)

Q1f. Autre(s) : ☐ Oui ☐ Non

Précisez : .....

Q 2. Etes-vous : ☐ Un homme ☐ Une femmeQ 3. Votre âge :   ansQ 4. Année d'installation :    

Q 5. Lieu d'installation : .....

Q 6. Vous considérez votre lieu d'exercice comme :

☐ Rural ☐ Semi-rural ☐ Urbain☐

Q 7. Exercez-vous : (plusieurs réponses possibles)

☐ Seul(e) en cabinet☐ En cabinet de groupe ou maison médicale☐ En Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes ou non (EHPAD, maison de retraite)☐ Autre : (Précisez) .....Q 8. Etes-vous médecin coordonnateur d'EHPA(D) ? ☐ Oui ☐ NonQ 9. Faites vous des visites à domicile ? ☐ Oui ☐ Non☐ Si Oui, Combien sur une semaine représentative de votre activité habituelle ?   visite(s)

Q 10. Vous êtes vous spécialisé(e) dans un domaine particulier ? :

☐ Non☐ Oui, le(s)quel(s) ? .....

.....

Q 11. Sur l'année précédente, avez- vous participé à une(des) formation(s) médicale(s) continue(s) ? ☐ Oui ☐ Non☐ Si Oui, La(les)quelle(s) : .....

.....

.....

.....

## 2. L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) EN GÉNÉRAL

Q 12. Connaissez-vous l'HAD ? ☐ Oui ☐ Non

Q 13. Si OUI, par quel moyen avez-vous connu l'HAD ? (une seule réponse possible)

☐ J'ai assisté à une Formation Médicale Continue sur l'HAD

Précisez : .....

.....

☐ Recherche personnelle (internet...)☐ Un de mes patients a été transféré en HAD à sa sortie d'hôpital☐ Un de mes patients m'en a parlé☐ Autre :

(Précisez) .....

.....

Q 14. Avez-vous déjà utilisé l'HAD pour vos patients ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous répondez OUI à Q14, passez à la question Q15 (page 2)

Si vous répondez NON à Q14, passez à la question Q20 (page 2)

«Id\_MT»

SI VOUS UTILISEZ L'HAD, PRÉCISEZ :

Q 15. D'où viennent les patients à qui vous prescrivez une HAD ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ D'un établissement hospitalier
- ☐ Directement de leur domicile

Q 16. A quand remonte votre première prise en charge en HAD ?.....

Q 17. Combien de patients en HAD avez-vous pris en charge sur l'année 2010 ?

Patients

Q 18. Pour quel(s) type(s) de pathologie(s) utilisez-vous l'HAD ?

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

Q 19. Quelles sont les raisons qui vous ont fait utiliser l'HAD ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Je continue à prendre en charge mon patient
- ☐ C'est moins traumatisant pour mon patient que l'hôpital
- ☐ Il y a un bénéfice physique et psychologique pour le patient du maintien à domicile
- ☐ Il y a moins d'infections nosocomiales qu'à l'hôpital
- ☐ Je peux utiliser les ressources de l'hôpital à domicile
- ☐ L'HAD m'aide dans les démarches sociales
- ☐ C'est une économie pour la société
- ☐ L'HAD permet de diminuer les durées d'hospitalisation
- ☐ L'HAD permet de désengorger les hôpitaux
- ☐ Je me suis senti(e) contraint(e) de l'utiliser

Précisez : .....

.....  
 .....

☐ Autre(s) :  
 (Précisez).....

.....  
 .....

SI VOUS N'UTILISEZ PAS L'HAD, PRÉCISEZ :

Q 20. Quels sont les freins à votre utilisation de l'HAD? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Mon secteur n'est pas couvert par une antenne d'HAD
- ☐ Je ne sais pas comment hospitaliser un patient en HAD
- ☐ Je ne connais pas suffisamment l'organisation de l'HAD
- ☐ Les pathologies de mes patients me paraissent trop graves pour être gérées en HAD
- ☐ Mes patients refusent l'HAD
- ☐ L'entourage de mes patients refuse l'HAD
- ☐ Il n'y avait pas de place en HAD au moment où j'ai souhaité l'utiliser
- ☐ L'HAD me demande trop de temps
- ☐ Je rencontre des difficultés relationnelles avec les intervenants de l'HAD
- ☐ Je rencontre des difficultés organisationnelles dans la gestion de ces hospitalisations
- ☐ Je ne souhaite pas assumer le désengagement de certains établissements hospitaliers
- ☐ Je ne vois pas l'intérêt de l'HAD
- ☐ La rémunération des activités en lien avec l'HAD est insuffisante
- ☐ Je ne suis pas satisfait(e) de la prise en charge en HAD
- ☐ Autre(s) :

(Précisez).....

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

### 3. L'HAD EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT DE PERSONNES ÂGÉES (EHPA) DÉPENDANTES OU NON

CONCERNANT VOS PATIENTS EN EHPA(D) :

Q 21. Suivez-vous des patients dans ces structures ?

- ☐ Oui, Combien sur l'année 2010?    patients  
☐ non (reportez vous à la question Q 23)

Q 22. Ces patients en EHPA(D) en 2010 ont-ils déjà nécessité les prises en charge suivantes ?  
*(Cochez les cases correspondantes, si un (ou plusieurs) mode(s) de prise en charge est(sont) utilisé(s), donnez le nombre de patients concernés pour chacun du(des) mode(s) concerné(s))*

Type de prise en charge	oui	non	Si OUI : nombre de patients pris en charge en 2010 en :		
			hôpital	SSIAD <sup>(1)</sup>	HAD
Q22a. Traitement intra-veineux					
Q22b. Soins palliatifs					
Q22c. Chimiothérapie anti-cancéreuse					
Q22d. Prise en charge de la douleur					
Q22e. Pansements complexes <sup>(2)</sup>					
Q22f. Transfusion sanguine					
Q22g. Surveillance d'aplasie					
Q22h. Nutrition parentérale					
Q22i. Nutrition entérale par sonde naso-gastrique, gastrostomie					
Q22j. Assistance respiratoire					
Q22k. Rééducation neurologique					
Q22l. Rééducation orthopédique					
Q22m. Soins infirmiers lourds <sup>(3)</sup>					
Q22n. Autre traitements <sup>(4)</sup>					

(1) Service de Soins Infirmiers A Domicile

(2) Concerne les patients porteurs de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes/jour.

(3) Ce soin comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 1 heure à raison d'au moins 2 passages par jour, supérieurs à 30 minutes, chez des malades très dépendants (Karnofsky<50%)

(4) Il s'agit de prise en charge de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels et peu fréquents.

L'HAD EN EHPA(D)

Q 23. Selon vous, qui peut prescrire l'HAD en EHPA(D)? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Le médecin traitant du patient  
☐ Le médecin coordinateur de l'HAD  
☐ Le médecin coordinateur de l'EHPA(D) (sans être médecin traitant)  
☐ Un médecin hospitalier

Q 24. Utilisez-vous l'HAD en EHPAD ?

- ☐ Oui, je l'utilise  
☐ Non, j'ai arrêté de l'utiliser  
☐ Non, je ne l'ai jamais utilisée

**Si vous répondez OUI à Q24, passez à la question Q25 (ci dessous)**

**Si vous répondez NON à Q24, passez à la question Q26 (page 4)**

Q 25. Si Oui, quelles sont les raisons qui vous ont fait utiliser l'HAD en EHPA(D) ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Je continue à prendre en charge mon patient en EHPA(D)  
☐ C'est moins traumatisant pour mon patient que l'hôpital  
☐ Il y a un bénéfice physique et psychologique pour le patient du maintien en EHPA(D)  
☐ L'HAD apporte un soutien technique aux infirmières de l'EHPA(D)  
☐ Il y a moins d'infections nosocomiales qu'à l'hôpital  
☐ Je peux utiliser les ressources de l'hôpital en EHPA(D)  
☐ C'est une économie pour la société  
☐ L'HAD permet de diminuer les durées d'hospitalisation  
☐ L'HAD permet de désengorger les hôpitaux  
☐ Je me suis senti(e) contraint(e) de l'utiliser

Précisez : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

«Id\_MT»



Q 26. Si NON, pourquoi n'utilisez vous pas l'HAD pour vos patients en EHPA(D)? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Je ne savais pas que c'était possible
- ☐ Mon secteur n'est pas couvert par une antenne d'HAD
- ☐ Je ne sais pas comment hospitaliser un patient EHPA(D) en HAD
- ☐ Je n'ai pas suffisamment d'information sur l'organisation de l'HAD en EHPA(D)
- ☐ La gestion des soins (et prescription des soins) est trop compliquée lors de l'utilisation de l'HAD en EHPA(D)
- ☐ Les pathologies de mes patients me paraissent trop graves pour être gérées en HAD
- ☐ Mes patients refusent l'HAD
- ☐ Il n'y avait pas de place en HAD au moment où j'ai souhaité l'utiliser
- ☐ L'HAD me demande trop de temps
- ☐ Je rencontre des difficultés relationnelles avec l'équipe de l'HAD
- ☐ Je ne souhaite pas assumer le désengagement de certains établissements hospitaliers
- ☐ Je ne vois pas l'intérêt de l'HAD en EHPA(D)
- ☐ La rémunération des activités en lien avec l'HAD est insuffisante
- ☐ Je ne suis pas satisfait(e) de la prise en charge en HAD dans les EHPA(D)
- ☐ Autre :(*Précisez*).....
- .....
- .....

Q 27. Connaissez-vous la convention signée entre les EHPA(D) messins, les services d'accueil des urgences et l'HAD ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans opinion

Q 28. Selon vous, lors d'une hospitalisation à domicile en EHPA(D), qui fournit / réalise :

	EHPAD	HAD	EHPAD + HAD	Intervenant extérieur	Je ne sais pas
Q28a. Le matériel (lit, lève malade...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q28b. Les soins de nursing (toilette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q28c. Les soins infirmiers antérieurs à l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q28d. Les soins infirmiers nouveaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q28e. Les traitements habituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q28f. Les traitements de la pathologie aiguë justifiant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q28g. Les bilans sanguins habituels (INR...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q28h. Les bilans sanguins relatifs à la pathologie aiguë justifiant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTAIRE(S) / REMARQUE(S) CONCERNANT L'HAD EN EHPA(D) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous le souhaitez, les résultats de cette étude (manuscrit de thèse) pourront vous être communiqués par mail :

Votre adresse mail : .....

Pour toute question : [muriel.l.hoffmann@gmail.com](mailto:muriel.l.hoffmann@gmail.com)

«Id\_MT»

VU

NANCY, le **15 octobre 2012**

Le Président de Thèse

**Professeur A. BENETOS**

NANCY, le **17 octobre 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

**Mme le Professeur K. ANGIOI**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 5076

NANCY, le 25/10/2012

POUR LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

**Monsieur Martial DELIGNON**