



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

Par

Ioana CUCUTEANU MULLER

Le 12 décembre 2011

**IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS
L'HOSPITALISATION A DOMICILE DE L'OUEST VOSGIEN.**

Analyse d'une enquête d'opinion

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Dominique De KORWIN

Président

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON
Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY
Madame le Docteur Sophie SIEGRIST

}
} Juges
}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

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

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

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
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 - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)
Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)
Professeur Bernard FOLIGUET
3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

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

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT
3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)
Professeur Ali DALLOUL
4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)
Professeur Christophe PARIS
3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)
Professeur Henry COUDANE
4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4^{ème} sous-section : (*Génétique*)
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

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

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

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

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

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

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

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

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

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

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

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

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

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

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

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN
2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)
Docteur Isabelle THAON
3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)
Docteur Laurent MARTRILLE
4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)
Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))
Docteur Lina BOLOTINE
3^{ème} sous-section : (Immunologie)
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4^{ème} sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)
Docteur Anne-Christine RAT
3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3^{ème} sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

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

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

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

PROFESSEURS ASSOCIÉS
Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN (à c. 1.12.2011) - 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)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN,

Professeur de Médecine Interne

Vous avez accepté de nous aider pour mener à bien ce travail et vous nous avez guidés par vos conseils avisés.

Votre implication dans la formation des futurs médecins généralistes et la disponibilité dont vous faites preuve sont pour nous tous un formidable exemple.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON,
Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse.
Puisse ce travail ne pas vous décevoir.
Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY,
Professeur de Médecine Interne

Vous nous dispensez des enseignements d'une grande qualité.
Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.
Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Sophie SIEGRIST,
Médecin Généraliste, maître de conférence associé de Médecine Générale

Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir soumis ce sujet de thèse et d'avoir
accepté d'encadrer ce travail.
Merci pour votre disponibilité, vos conseils précieux et votre soutien.
Votre passion communicative de la médecine générale et votre gentillesse vous
honorent.
Nous vous remercions sincèrement et vous assurons de notre profond respect.

A Madame le Docteur Fabienne EMPEREUR, je vous dois une grande partie de ce travail. Je vous remercie pour votre accueil et votre disponibilité.

A Madame Nadine MICHAUX, directrice de HADOV, pour votre accueil et votre disponibilité.

A Mr le Dr Julien TRAUTMANN, médecin coordonnateur de HADOV, pour tes conseils précieux et ton aide.

A Mr le Dr Joic STEINER et Mr le Dr Florent CALIN, j'ai appris à exercer la médecine générale à vos cotés.

A Mr le Dr Patrick BRIZARD, pour m'avoir fait partager votre expérience professionnelle.

Aux médecins généralistes de l'Ouest Vosgien : un grand merci pour votre participation à ce travail.

A mes parents, merci pour tout ce que vous m'avez transmis et pour votre soutien indéfectible.

A ma sœur, Alina et à Nico, pour leurs encouragements.

A ma belle famille pour leurs encouragements.

A Jacqueline et Denis, un grand merci pour tout.

A mon époux, Jean-Philippe pour ton amour et ton soutien.

A mes enfants, Téo et Noah, pour la joie qu'ils me donnent tous les jours.

A Tzu-Jen, pour ton amitié et tes encouragements.

A Emilie, pour ton amitié et ta joie de vivre communicative.

A François, pour ton amitié et ton conseil.

A ma famille et mes amis de Iasi.

SERMENT

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

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

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

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

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

Table des matières

<u>Introduction</u>	p.17
----------------------------	------

<u>Première partie : L'HAD moderne</u>	p.18
---	------

1. Présentation de l'HAD :	p.19
1.1. Cadre légal du développement de l'HAD	p.20
1.2. Une croissance récente et rapide	p.21
2. Moteurs du développement actuel :	p.22
2.1. Une demande accrue de soins en zone rurale	p.22
2.2. Le vieillissement de la population	p.22
2.3. L'essor de l'HAD palliative	p.23
2.4. Maitriser les dépenses de santé	p.23
3. Objectifs et principes de fonctionnement :	p.24
3.1. Originalité d'une structure charnière	p.24
3.2. Procédure d'admission et soins prodigués	p.25
3.3. Fruit d'une étroite collaboration	p.27
4. Point de vue des généralistes :	p.29
4.1. Information sur l'HAD	p.29
4.2. Rémunération dans le cadre de l'HAD	p.30
4.3. Permanence de soins	p.30
4.4. Des compétences mises à l'épreuve	p.31

Deuxième partie : L'HAD en Lorraine

p.32

- 1. Etat des lieux p.33
- 2. HADOV dans le paysage de santé Ouest Vosgien p.35
- 3. Les acteurs locaux de la prise en charge à domicile p.36
 - 3.1. Les SSIAD p.36
 - 3.2. Les réseaux de santé et le partenariat avec l'hôpital p.37
- 4. Présentation de HADOV p.38

Troisième partie : enquête d'opinion sur l'implication des médecins généralistes dans l'HAD locale

p.40

- 1. Justificatif p.41
- 2. Méthodologie p.41
- 3. Présentation du questionnaire p.42
- 4. Analyse des résultats p.48
 - 4.1. Profil des médecins p.48
 - 4.1.1. Activité des médecins généralistes p.49
 - 4.1.2. Activité parallèle à la médecine libérale p.50
 - 4.1.3. Formation sur l'HAD p.50
 - 4.1.4. Utilisation de HADOV durant l'année 2010 p.50
 - 4.2. Médecins non utilisateurs de HADOV : constat sur l'HAD p.51
 - 4.2.1. Connaissances sur l'HAD p.51
 - 4.2.2. Raisons de non utilisation p.51
 - 4.2.3. Commentaires des médecins non utilisateurs p.52

4.3.	Vision de l'HAD des médecins utilisateurs et non utilisateurs	p.53
4.3.1.	L'HAD est-elle adaptée au monde rural ?	p.53
4.3.2.	Visites auprès de patients d'HAD pendant la permanence de soins	p.53
4.3.3.	Pour quelles pathologies l'HAD serait-elle utile selon les médecins non utilisateurs	p.54
4.3.4.	Pour quelles pathologies l'HAD serait-elle utile selon les médecins utilisateurs	p.55
4.4.	Expérience de l'HAD des médecins utilisateurs de HADOV	p.57
4.4.1.	Pathologies rencontrées	p.58
4.4.2.	Prescription de l'HAD et participation au projet de soins	p.59
4.4.3.	Durée et nombre des visites auprès des patients d'HAD	p.59
4.4.4.	Communication avec l'équipe d'HAD	p.60
4.5.	Ressenti sur l'HAD des médecins utilisateurs de HADOV	p.61
4.5.1.	Ressenti en termes de charge de travail	p.61
4.5.2.	Ressenti sur la pratique médicale	p.61
4.5.3.	Ressenti sur le fonctionnement de l'HAD	p.62
4.5.4.	Ressenti sur les difficultés posées par l'HAD	p.63
4.5.5.	Ressenti sur l'HAD en termes d'apport face à l'hospitalisation classique	p.65
4.5.6.	Satisfaction des médecins au sujet de HADOV	p.67
4.5.7.	Propositions d'amélioration concernant HADOV	p.68
4.5.8.	Commentaires des médecins utilisateurs de HADOV	p.69

<u>Quatrième partie : discussion et perspectives d’avenir</u>	p.71
1. Bien fondé de la méthode	p.72
2. Interprétation des résultats	p.73
2.1. Profil des médecins exerçant dans l’Ouest Vosgien	p.73
2.2. Vécu des médecins généralistes à propos de HADOV	p.73
2.3. Ressenti des médecins généralistes	p.74
3. Les freins à l’implication dans l’HAD des médecins généralistes Ouest Vosgiens	p.75
3.1. Une méconnaissance de la structure	p.76
3.2. Une charge de travail perçue comme chronophage	p.76
3.3. La rémunération dans le cadre de l’HAD	p.77
4. La place du médecin généraliste dans l’HAD	p.78
5. Réflexions et pistes de développement	p.79
5.1. Formation et information des médecins à propos de l’HAD	p.79
5.2. Promouvoir des domaines stratégiques pour l’HAD	p.81
5.3. Améliorer la communication HAD-généralistes	p.82
5.4. L’essor de la télémédecine	p.82
5.5. De l’éducation thérapeutique à domicile ?	p.84
<u>Conclusion</u>	p.85
<u>Bibliographie</u>	p.86
<u>Annexes</u>	p.88

Introduction

L'organisation du système sanitaire est au cœur de la réforme actuelle. Elle porte un double enjeu : d'une part l'évolution du concept de qualité de soins, d'autre part l'obligation de contenir les dépenses de santé. Le vieillissement de la population et les disparités territoriales en matière d'accès aux soins représentent de véritables difficultés.

Ces enjeux font naître des stratégies d'organisation des soins qui privilégient le suivi des patients, les réponses au besoin de proximité, les approches coordonnées entre professionnels de santé.

Dans ce contexte l'HAD reconnue et développée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de juillet 2009 se positionne comme un choix stratégique permettant d'apporter des soins complexes au domicile du patient [1].

Portée par ses ambitions de service de proximité qui allie technicité de l'hôpital et l'humanité du domicile, elle confère à ce dernier le statut de lieu de soins, d'espace de santé.

Les structures d'HAD sont en développement sur notre territoire.

Le médecin traitant, pourtant pivot de ce dispositif, n'occupe pas encore sa place entière au cœur de l'hospitalisation à domicile. Une réticence à la prescription et une faible implication de la part des médecins généralistes sont constatées au niveau national.

HADOV est une structure d'HAD mise en place depuis janvier 2010 dans le territoire de santé Ouest Vosgien. Nous avons réalisé une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes dépendant de HADOV afin d'évaluer leur vécu et leur ressenti vis-à-vis de cette structure à 1 an de sa création.

L'analyse des opinions et des attentes des praticiens de premiers recours conduira à identifier les freins à leur implication et permettra de proposer des améliorations.

Première partie :
L'HAD moderne

1. Présentation de l'HAD :

Le concept de soins à domicile n'est pas nouveau. Avant 1950 les malades étaient soignés chez eux et l'hôpital se limitait à un rôle d'hébergement.

C'est à partir de la réforme de 1958 que le système de soins a évolué selon un modèle « hospitalo-centré », visant à garantir un accès aux soins égal pour l'ensemble de la population.

Ce modèle a permis d'importants progrès des techniques médicales et des soins avec pour résultat une extension continue de l'espérance de vie : on vit plus longtemps et en bonne santé. En 2009 l'espérance de vie à 60 ans était de 27 ans pour les femmes et de 22 ans pour les hommes [2].

En 2000 l'OMS a classé la France en première position du classement des performances des systèmes de santé mondiaux.

Parallèlement, les dépenses de santé augmentent de façon continue. Avec 72 milliards d'euros de dépenses par an, l'hôpital représente la moitié du budget de l'assurance maladie.

Le défi est là : une meilleure organisation des ressources, tout en garantissant des soins de haute qualité.

L'HAD permet au malade de bénéficier de « soins complexes, multiples et fréquents à domicile, identiques à ceux reçus à l'hôpital, tout en bénéficiant de sa structure familiale » [3]. Les soins prodigués sont continus et nécessairement coordonnés, permettant ainsi d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation classique.

L'HAD contribue au recentrage des soins autour d'un axe patient, offrant une prise en charge globale et un parcours de santé personnalisé. Elle forme une interface entre l'hôpital et la ville, entre le sanitaire, le médico-social et le social. Ce décroisement qu'elle autorise, facilite et sécurise, permet une plus grande flexibilité du système de santé.

L'HAD occupe dès lors une place à part entière dans le système de prise en charge des patients.

1.1. Cadre légal du développement de l'HAD

A partir de 1970, année de sa reconnaissance légale, l'HAD connaît un développement timide mais qui s'inscrit dans la durée.

- La loi sur la Reforme Hospitalière de 1991, suivie des décrets d'octobre 1992, signe la reconnaissance de l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle [4].
- La circulaire de 30 mai 2000 structure le champ d'intervention, les différents modes de prise en charge et les critères d'admission en HAD. Son texte est à la base du fonctionnement de tous les établissements d'HAD [3].
- La notion de « taux de change » (fermeture de lits classiques pour la création de places en HAD), apportée par les textes de 1991 sera abandonnée avec l'ordonnance de simplification de septembre 2003 [5].
- En 2004 (circulaire de février 2004), le champ d'action de l'HAD s'élargit, avec une prise en charge désormais étendue à la périnatalité, à la pédiatrie et la psychiatrie [6].
- Le décret du 22 février 2007 autorise les établissements d'HAD à intervenir au sein des EHPAD, qu'ils soient médicalisés ou non [7].
- Avec la loi HPST de juillet 2009 l'HAD est reconnue désormais comme une modalité d'hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle [1].
- La loi reconnaît aux établissements d'HAD la possibilité de déroger au paiement à l'acte pour la rémunération des paramédicaux libéraux intervenant au sein de sa structure. Elle autorise également l'accueil d'internes en stage dans l'établissement [1].

1.2. Une croissance récente et rapide :

L'activité de l'HAD a fortement crû entre 2005 et 2009, sous la triple impulsion des pouvoirs publics, d'une forte demande de soins à domicile et d'une grande mobilisation des acteurs.

Cette progression se poursuit en 2010, chaque département étant pourvu d'une HAD autorisée [8].

Le nombre d'établissements ainsi que le nombre de places d'HAD a doublé entre 2005 et 2009 (298 structures en 2009, et un volume de 10 000 places). Sur la même période l'activité a augmenté de 119% (évolution en nombre de journées entre 2005 et 2009) [9].

Les établissements d'HAD n'étant pas soumis à des objectifs quantitatifs d'activité en volume, la politique d'autorisation incite à une répartition cohérente (limitation du nombre d'implantations) par territoire de santé et, pour chaque HAD à une délimitation de l'aire géographique d'intervention [5].

Malgré un développement rapide, la contribution de l'HAD à l'offre de soins demeure faible (0,45% des séjours d'hospitalisation complète et partielle en 2008) [10]. Cela s'explique par un maillage territorial encore incomplet, qui repose sur une majorité de « petites HAD », la plus part des établissements fonctionnant avec moins de 30 places [10].

2. Moteurs du développement actuel :

2.1. Une demande accrue de soins en zone rurale

Il existe des disparités fortes au niveau inter et infrarégional, qui s'expliquent essentiellement par l'histoire et le dynamisme des structures dans chaque département. Les régions les mieux couvertes en HAD sont la région parisienne, le Nord, l'Aquitaine et PACA. Entre 2008 et 2009 le taux moyen de couverture a augmenté de 14,7%, avec une forte croissance dans des régions jusque là déficitaires, comme le Languedoc Roussillon ou l'Auvergne [8].

Cette croissance s'explique par une nécessité d'apporter une réponse à la demande de soins, en particulier dans les zones rurales, qui accusent également un déficit sur le plan de la démographie médicale.

2.2. Le vieillissement de la population

Un deuxième moteur de développement est représenté par le vieillissement de la population. Outre le bien-être du malade, le maintien à domicile permet d'éviter la désocialisation des personnes âgées [11].

Par le biais d'une prise en charge personnalisée l'HAD diminue le risque de perte d'autonomie, le risque d'infection nosocomiale et la dépendance de la personne âgée [11].

La filière gériatrique de l'HAD est une piste de développement intéressante dont la réussite repose sur l'articulation efficace avec l'hôpital en amont et les acteurs du domicile en aval.

2.3. L'essor de l'HAD palliative

Les lois de 1999 et 2005 sur le droit des malades en fin de vie constituent une avancée importante dans la démarche palliative.

Une étude publiée en 2008 dans Le Généraliste montre que la fin de vie à domicile est désirée par 80% des français [12].

La possibilité de délivrer dans de bonnes conditions des soins palliatifs à domicile trouve ainsi tout son intérêt, en prenant appui, ici aussi, sur une parfaite articulation entre l'hôpital, les équipes mobiles de soins palliatifs et le médecin traitant.

Ce dernier trouve sur ce terrain particulièrement délicat et lourd de la fin de vie un bon support de coordination, mais aussi l'écoute et le soutien moral apportés par le travail d'équipe.

2.4. Maîtriser les dépenses de santé

L'offre de soins en HAD est totalement financée par les organismes d'assurance maladie par le biais de la tarification à l'activité, mode de financement qui est identique à celui appliqué aux hôpitaux et cliniques.

Les actes et prestations délivrés au cours de l'hospitalisation à domicile sont compris dans un tarif journalier pondéré selon 3 critères : la charge en soins, le degré de dépendance du patient et la durée de son séjour.

L'HAD, comme l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation classique, présente la particularité de répercuter sur les ménages les charges non directement liées aux actes médicaux et paramédicaux.

Le coût d'une journée en HAD est donc inférieur à celui d'une journée en hospitalisation classique ou SSR : 169 € contre 263 € (-35%) pour les soins de suite et de réadaptation [13], 234€ contre 455 € (-48%) pour les soins palliatifs [9].

Néanmoins, la trajectoire complète du patient dans le parcours de soins peut se révéler plus couteuse pour l'HAD, si elle se substitue à des soins ambulatoires ou à une prestation médico-technique.

La maîtrise des dépenses de santé passe donc par un développement ciblé de l'HAD, à travers des offres de soins dont la valeur ajoutée serait incontestable et par une quête perpétuelle d'optimisation du parcours de soins.

3. Objectifs et principes de fonctionnement :

3.1. Originalité d'une structure charnière

L'hospitalisation à domicile concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé.

Elle permet ainsi d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. « Ces soins doivent être de nature et d'une intensité comparable à ceux qui leur étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.» [14]

Par principe polyvalente et généraliste, l'HAD présente une double interface :

Tout d'abord, dans l'interface HOPITAL/DOMICILE, l'HAD, située en aval de l'hospitalisation classique, permet de concilier la qualité des plateaux techniques avec l'humanité du domicile. Ce dernier demeure ainsi un espace de santé, en réponse à l'aspiration croissante des usagers à une prise en charge de proximité. Enfin, l'HAD est placée à la charnière des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont elle s'efforce de coordonner les interventions. L'amélioration du système sanitaire passe nécessairement par un décroisement et une vision consensuelle de tous ces acteurs.

3.2. Procédure d'admission et soins prodigués en HAD

L'admission en HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale et doit recueillir l'accord explicite du patient ou de son représentant et du médecin traitant.

L'entrée en HAD peut se faire soit avant ou après un séjour hospitalier, après une consultation externe ou directement sur prescription du médecin généraliste.

La prescription concerne une période limitée mais peut être renouvelée.

L'HAD est centrée sur le patient dans son projet de vie, nécessitant le concours des acteurs sociaux, cependant il ne s'agit pas d'un outil diagnostique, mais d'un outil de soins.

Les soins délivrés au sein de l'HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes et la pluridisciplinarité des soignants.

Le degré de dépendance des patients est estimé à l'admission et régulièrement réévalué au cours du séjour.

Deux indicateurs sont recueillis dans le PMSI de l'HAD : la grille des activités de la vie quotidienne (score AVQ) et l'indice de Karnofsky.

Le score AVQ quantifie les limitations locomotrices (déplacements, transferts lit-fauteuil, habillage, toilette) et les difficultés relationnelles (comportement, communication).

L'indice de Karnofsky apporte une vision globale sur l'état de santé du patient et permet d'identifier des besoins en soins médicaux, aide et éventuellement assistance.

➤ **Catégories de soins dispensés :**

- . Soins ponctuels : techniques et complexes, destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée. La prise en charge est pour une durée limitée mais peut être renouvelée (exemple : chimiothérapie).
- . Soins continus : associent des soins plus ou moins complexes et techniques à des actions de nursing, de maintien et de l'entretien de la vie pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée.
- . Soins de réadaptation à domicile : ils assurent une prise en charge après la phase aigue d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une poly pathologie.

3.3. Fruit d'une étroite collaboration

La structure d'HAD est soumise à agrément, elle doit répondre à une répartition géographique cohérente, et assume des missions et des obligations propres, comme la continuité et la coordination des soins.

Le projet de soins fait l'objet d'un maillage important et nécessite obligatoirement une coordination de soins entre les différents professionnels de santé qui interviennent au chevet du patient.

Le médecin traitant y joue un rôle primordial, dans l'accord qu'il donne pour la prise en charge du patient à domicile et par son implication dans l'élaboration du protocole de soins qui s'inscrit dans le projet thérapeutique clinique et psychosocial.

Le médecin traitant est librement choisi par le patient et l'HAD ne peut se faire sans l'accord du médecin traitant.

La circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 statue sur son rôle essentiel dans le fonctionnement du dispositif de soins : « Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et il est responsable du suivi du malade » [3].

Le médecin traitant assure le suivi médical, la surveillance des soins et l'adaptation des traitements lors de ses visites en liaison avec le médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur est le référent médical de la structure.

Il en organise le fonctionnement, participe à l'évaluation des soins et occupe un rôle formateur auprès de l'équipe soignante.

Il signe le protocole de soins, préalablement élaboré et validé en concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, ainsi que la sortie de l'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 absolue. Cependant, il est garant de la bonne exécution du protocole de soins.

L'équipe paramédicale est par essence pluridisciplinaire.

Elle est plus ou moins dense selon les structures et fait appel à une part variable d'intervenants libéraux. Elle comprend : un cadre de santé, des infirmières diplômées d'état, des aides-soignantes, un masseur kinésithérapeute, un(e) ergothérapeute, un(e) orthophoniste, un(e) psychologue, un(e) diététicien(ne).

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

Pour compléter l'intervention de ses propres équipes, l'HAD entretient des relations avec de multiples acteurs appartenant aux secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux : des structures d'hébergement médico-sociales (ex : EHPAD), des réseaux de service à domicile, des prestataires médico-techniques et fournisseurs de services à la personne.

L'originalité de l'HAD réside justement dans cette prise en charge du malade dans sa globalité (médicale, paramédicale, psychologique, sociale), rendue possible par cette coordination « tous azimuts ».

C'est sans doute son point fort, mais aussi une source de difficultés et de contraintes de fonctionnement.

4. Point de vue des généralistes :

4.1. Information sur l'HAD

Les médecins généralistes ne sont pas les premiers prescripteurs de séjours en HAD. Une enquête menée en 2007 par l'Urml auprès des généralistes en Bretagne démontre qu'ils étaient à l'origine de seulement 19,4% des prescriptions d'HAD [15].

Comme le souligne un article paru en février 2010 dans le « Panorama du médecin », le manque d'information peut expliquer la réticence à la prescription des praticiens [16].

Il s'agit souvent d'une méconnaissance du mode de fonctionnement, à l'origine d'a priori négatifs.

La promotion des actions de formation et d'information trouve ici tout son intérêt.

Il faut également souligner le rôle important des pouvoirs publics et des législateurs dans le domaine de l'information et de la formation notamment. Si le droit de prescription date de 1992, ce n'est qu'en 2000, dans les textes de la circulaire, qu'on statue sur le « rôle pivot » du médecin traitant [3].

Concernant la formation initiale, la Faculté de médecine de Nancy fait figure de précurseur, avec la mise en place depuis 2003 de stages en HAD, alors que le législateur n'a ouvert officiellement cette possibilité aux établissements d'HAD que depuis la parution de la loi HPST en juillet 2009 [1].

Toujours en Lorraine, l'association HADLOR occupe une place déterminante dans la promotion de l'information sur l'hospitalisation à domicile.

4.2. Rémunération dans le cadre de l'HAD

Un obstacle à l'implication des généralistes dans l'HAD est constitué par l'absence d'une rémunération appropriée.

La rémunération à l'acte ne permet pas de solvabiliser le temps que représentent les formalités d'admission, la tenue du dossier médical et la coordination avec l'équipe d'HAD.

La loi HPST permet aux HAD de déroger au paiement à l'acte pour les intervenants paramédicaux.

Dans les recommandations formulées dans le rapport de l'IGAS et rendues publiques en novembre 2010, cette dérogation devrait être étendue aux professionnels de santé libéraux selon deux modalités :

- une rémunération forfaitaire en sus du paiement à l'acte pour des actions de coordination, concertation et formation
- une rémunération forfaitaire également pour des prises en charge particulièrement lourdes et complexes.

4.3. Permanence de soins

L'organisation de la permanence de soins dans l'HAD diffère en fonction du contexte local et des moyens organisationnels.

Le socle minimum, établi au niveau national comporte trois lignes de fonctionnement : astreinte par un infirmier salarié (avec ou sans déplacement à domicile), astreinte téléphonique médicale et convention avec le 15.

L'astreinte médicale de l'HAD a pour objectif le conseil, l'aide à la décision et à la régulation, l'intervention à domicile en horaire de garde reposant sur le médecin de garde du secteur.

Dans l'Ouest Vosgien, certains territoires étant dépourvus de médecin de garde à partir de certaines heures de la nuit profonde, le réseau d'HAD apporte un point d'appui utile, visant à rassurer le patient hospitalisé à domicile et son entourage.

4.4. Des compétences mises à l'épreuve

Délivrer des soins de nature hospitalière peut se révéler difficile pour le médecin traitant.

Dans une thèse de 2010 portant sur le lien généralistes -HAD de l'agglomération messine, plus d'un tiers des médecins interrogés mettent en avant leur appréhension quant à la maîtrise des gestes techniques, des dispositifs médicaux de nursing et la gestion de l'urgence [17].

La difficulté de s'intégrer à ce mode de fonctionnement conduit à une implication plus ou moins importante du médecin traitant dans la prise en charge en HAD.

Sur le terrain on rencontre des situations où le médecin traitant prend totalement en charge le patient, avec un médecin coordonnateur dans son rôle de validation et de coordination de l'admission. A l'opposé, il y a des prises en charge assurées par le médecin coordonnateur et/ou le médecin hospitalier, avec une intervention du généraliste limitée au traitement des affections intercurrentes, non liées à la pathologie nécessitant l'HAD [10].

Améliorer l'implication des généralistes dans l'HAD passe par des actions de formation continue, mais aussi par la mise à disposition des généralistes d'éléments d'aide à la décision adaptées à la prise en charge en HAD. (référentiels, arbres de décision et protocoles de prise en charge).

Deuxième partie :
L'HAD en Lorraine

1. Etat des lieux :

L'HAD bénéficie d'un ancrage ancien dans la région : la première structure a été créée en 1972.

Cet ancrage a été ces dernières années conforté par les autorités régionales, en réponse aux difficultés territoriales et démographiques qui touchent la Meuse et l'Ouest Vosgien.

Grace à ces efforts la Lorraine totalise en 2010 17 structures d'HAD en activité.

La structure de Bainville sur Madon (désormais partie intégrante de l'Office d'Hygiène Sociale de Nancy) est la première à avoir été créée, en 1972. Elle avait essentiellement une mission de rééducation et de réadaptation gériatrique, étendue ultérieurement à un rôle d'évaluation, de coordination et de réadaptation avec une spécificité gériatrique.

A Bitche et Sarreguemines les structures d'HAD ont la particularité de concerner uniquement le post-partum. Elles sont nées d'une restructuration ayant conduit à la fermeture de lits de maternité.

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

L'hospitalisation à domicile de l'agglomération Messine (HADAM) connaît ses débuts en juin 1999, il s'agit de la première structure d'hospitalisation à domicile polyvalente de Lorraine. Le champ d'intervention de l'HADAM est l'agglomération de Metz et la campagne messine sur un rayon de 20 km. L'HADAM assure la coordination médicale et paramédicale de la structure de Gorze (HAD de 5 places à proximité de Metz) depuis septembre 2004.

Un exemple de réponse en zone rurale, le satellite de Remilly, première antenne rurale d'HAD, a été fondé en 2003.

Le développement des structures connaît une accélération sensible entre 2002 et 2005, principalement sur les sillons urbains et périurbains Thionville –Metz –Nancy et Metz-Boulay.

L'hospitalisation à domicile de l'Agglomération Nancéenne a été créée en 2005 par le CHU de Nancy, la polyclinique de Gentilly et le Centre Alexis Vautrin. Il s'agit d'une structure polyvalente, couvrant la Communauté du Grand Nancy, ainsi que les communes environnantes.

Dans la Meuse l'HAD de Bar le Duc a ouvert ses portes en 2007. Basée en milieu rural, elle couvre une superficie importante et se voit confronté a des contraintes démographiques pressantes.

Entre 2009 et 2010 cinq nouvelles structures d'hospitalisation à domicile ont vu le jour. Il s'agit de l'HAD de Sarrebourg, Epinal, Verdun, Gérardmer et l'HAD de l'Ouest Vosgien, qui fait l'objet de cette thèse.

Cette hétérogénéité au sein de la région s'explique essentiellement par l'histoire et la dynamique des acteurs.

Le réseau de santé HADLOR tient le rôle de pionnier dans la promotion de l'hospitalisation à domicile en Lorraine. Par les compétences développées et le partage d'expérience, HADLOR contribue au maillage « ville-hôpital » dans la région.

2. HADOV dans le paysage de santé Ouest Vosgien :

Le paysage de santé Ouest Vosgien présente 3 caractéristiques : une étendue géographique importante, une population vieillissante et une démographie médicale en plein déclin.

Avec 58 517 habitants sur 1508 km carrés, la densité est 3 fois plus faible que dans l'ensemble de la région.

La population est également plus âgée. Les prévisions montrent d'ailleurs qu'en 2020 les proportions seront de 12,5% dans le territoire contre 9,5% en Lorraine [18].

Ce vieillissement prévisible de la population est en étroite corrélation avec un risque accru d'isolement de la population âgée. Ce territoire à dominante rurale, est en effet éloigné des grandes villes et n'offre pas beaucoup d'emploi aux jeunes actifs qui partent souvent chercher un emploi ailleurs. Cette émigration des aidants est susceptible de conduire à l'isolement des personnes âgées dans un territoire rural.

Cela pourrait avoir un impact futur sur le développement de l'HAD dans deux sens : d'un côté une opportunité de développer la filière gériatrique, mais également un risque de difficultés de fonctionnement.

En ce qui concerne la démographie médicale, il existe un contraste est-ouest dans le département des Vosges, au détriment du territoire environnant le canton de Neufchâteau, moins attractif, qui est « sous-doté » en médecins généralistes.

On estime qu'en 2015, sur l'ensemble du département, 4 médecins sur 10 n'exerceront plus [19].

On retrouve donc, à l'échelle d'un territoire de santé la quintessence des difficultés soulevés au niveau national. Une étude de ressenti auprès des médecins généralistes exerçant dans ce contexte particulier, a l'ambition d'identifier les possibles freins au développement du réseau et de faire émerger des projets pour optimiser un système d'hospitalisation moderne.

3. Les acteurs de la prise en charge à domicile dans l'Ouest Vosgien :

3.1. Les SSIAD

Les missions des SSIAD « assurent sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers, sous la forme de soins techniques ou de soins de base, auprès :

- de personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes
- de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap
- de personnes adultes de moins de 60 ans atteintes des pathologies chroniques » [20]

Selon une étude d'opportunité menée en 2008 sur le territoire Ouest Vosgien, un an et demi avant la mise en place de l'HAD, près de la moitié des médecins du secteur utilisent les services des SSIAD locaux.

L'HAD et les SSIAD participent à une même finalité qui est le maintien à domicile des personnes âgées, la ligne de partage étant la complexité et la lourdeur des soins.

En pratique cette ligne est difficile à respecter, de nombreux malades se situant dans une « zone blanche », c'est-à-dire trop lourdement atteints pour les SSIAD et pas assez lourdement atteints pour l'HAD.

Comme affirmé dans la circulaire du 1^{er} décembre 2006, « 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 » [21]

3.2. Les réseaux de santé et le partenariat avec les hôpitaux

Le rôle des réseaux de santé est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et la pluridisciplinarité des prises en charge sanitaires.

Ils interviennent dans les domaines de l'éducation à la santé, de la prévention ainsi que des soins.

Dans la même étude de 2008, les généralistes interrogés privilégient les liens avec : **ICALOR** (réseau lorrain d'insuffisance cardiaque, 7 médecins sur 30), le réseau **AUTREMENT** (réseau de soins palliatifs, 5 médecins sur 30) et le réseau **ONCOLOR** (réseau lorrain de soins en cancérologie, 3 médecins sur 30).

Un tiers des médecins interrogés fait appel au Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique (CLIC).

Pour établir un partenariat efficace avec tous ces acteurs il faut identifier des pistes de coopération (échange d'information, mutualisation des protocoles etc.)

4. Présentation de HADOV :

A l'échelle du département, HADOV vient rejoindre les structures préexistantes d'Epinal, St Dié et Gérardmer.

Le territoire couvert par HADOV s'étend au delà des limites du département, avec des interventions dans la périphérie des départements limitrophes, ce qui élève la population concernée à plus de 80 000 habitants.

Son implantation répond aux besoins croissants d'une population vieillissante, majoritairement rurale, répartie dans une zone géographique étendue.

La structure d'HAD de l'ouest vosgien est le produit de partenariats locaux, notamment les Centres Hospitaliers de Neufchâteau- Vittel et les Hôpitaux locaux de Darney, Mirecourt et Lamarche.

L'HAD de l'ouest vosgien a ouvert ses portes le 11 janvier 2010, avec une capacité de 13 lits.

La structure fonctionne 24h sur 24 et 7j sur 7. En dehors des plages d'ouverture, la continuité des soins est assurée par un système d'astreinte téléphonique.

Les locaux spécifiquement affectés à cette activité sont situés dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Neufchâteau au 1280 Avenue de la Division Leclerc à Neufchâteau.

Intervenants :

-deux médecins coordonnateurs travaillent à mi-temps, ils ont une formation de médecine générale et une activité hospitalière parallèle.

- cinq infirmières salariées de la structure

- cadre de santé

- assistante sociale

- secrétaire

- directrice

Sur la période 11 janvier- 31 décembre 2010, l'HAD a pris en charge 103 patients (45 femmes et 58 hommes), totalisant 1773 journées d'hospitalisation. La moyenne d'âge des femmes est de 62 ans, et chez les hommes 68 ans.

Les traitements intraveineux, les soins palliatifs, les pansements complexes et la prise en charge de la douleur sont les quatre modes de prise en charge principaux les plus fréquents pour l'année 2010. Les patients proviennent essentiellement des services de court séjour et les entrées se font donc majoritairement sur prescription des médecins hospitaliers.

Le secteur d'intervention dépasse les limites du pays Ouest Vosgien en 2010, avec une prise en charge par dérogation dans les territoires limitrophes au département :

- Dans la Haute Marne : le canton de Bourmont, St Blin, Andelot- Blancheville et Clefmont
- Dans la Meuse : le canton de Vaucouleurs et de Gondrecourt le Château
- En Meurthe et Moselle le canton de Colombey les Belles

Troisième partie :
Enquête d'opinion sur l'implication des
médecins généralistes dans l'HAD

1. Justificatif :

A la fin de mon parcours d'interne j'ai effectué un stage de pédiatrie au Centre Hospitalier de Neufchâteau. Ayant débuté mes tout premiers remplacements de médecine générale à Neufchâteau, je me suis tout de suite sentie concernée par le sujet qui m'a été proposé par Mme le Docteur Sophie Siegrist, directrice d'Hadlor et médecin généraliste.

En tant que remplaçante, je me confrontais pour la première fois à la réalité du terrain. L'HAD peut être un outil supplémentaire dans la prise en charge de patients en amont des structures d'hospitalisation classique et du recours à l'hospitalisation d'urgence. Elle est pourtant peu prescrite par les médecins généralistes.

Par ce travail il m'est paru intéressant d'étudier le vécu et le ressenti des généralistes de l'ouest vosgiens, afin d'identifier les aspects positifs, les freins locaux et de proposer des pistes d'amélioration et de développement pour cette structure d'HAD récente.

2. Méthodologie :

Il s'agit d'une enquête systématique réalisée auprès des médecins généralistes **libéraux** exerçant sur le territoire d'intervention de HADOV.

A partir des renseignements fournis par HADOV et par le Conseil départemental de l'ordre des médecins des Vosges, 84 médecins ont été recensés.

Après discussion avec Mme le Dr Sophie Siegrist, ma directrice de thèse, et Mme le Dr Empereur, responsable de l'unité évaluation du Service d'épidémiologie du CHU de Nancy, le choix c'est porté sur un questionnaire écrit.

La partie évaluant l'expérience des médecins sur l'HAD comporte des questions fermées, alors que la partie « ressenti » se base sur des réponses semi-ouvertes et libres. Une partie spécifique était dédiée aux commentaires des médecins.

L'enquête a été réalisée par courrier, une lettre d'introduction et une enveloppe pré-timbrée accompagnaient les questionnaires.

L'envoi et le recueil des réponses se sont déroulés entre février et mars 2011, avec une deuxième relance en avril.

3. Présentation du questionnaire :

Le questionnaire comprend une partie commune, avec les données générales sur les praticiens. Ensuite, selon l'utilisation ou non de HADOV en 2010, les médecins remplissent soit le questionnaire « Vous n'avez jamais utilisé HADOV », ou le questionnaire « Vous avez déjà utilisé HADOV », imprimés sur du papier de couleurs différentes.

Le questionnaire destiné aux médecins non utilisateurs comporte 8 questions et une partie destinée aux commentaires libres.

Le questionnaire concernant les médecins utilisateurs de HADOV est structuré en 3 parties : l'expérience de l'HAD, le ressenti sur l'HAD et les commentaires libres.

Questionnaire sur l'hospitalisation à domicile

I. Quelques informations vous concernant :

- a. Vous êtes : un homme ☐ une femme ☐
- b. Votre âge : __
- c. Année d'obtention de la thèse : ____
- d. Année d'installation sur le secteur : ____
- e. Mode d'exercice : seul ☐ en groupe ☐
- f. Nombre moyen de consultations par semaine : __ __ par semaine
- g. Nombre moyen de visites à domicile par semaine : __ __ par semaine
- h. Nombre de gardes en moyenne par mois : __ __ par mois
- i. Mode d'exercice : urbain ☐ rural ☐ semi-rural ☐
- j. Activité parallèle à la médecine libérale :
- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| ☐ Soins palliatifs | ☐ Maison de retraite | ☐ autre |
| ☐ Service hospitalier | ☐ Médecine parallèle | |
| ☐ Réseaux de soins | ☐ Maître de stage | |
- k. Avez-vous bénéficié d'une formation sur l'HAD : oui ☐ non ☐

II. Durant l'année 2010 l'HAD a-t-elle concerné au moins 1 de vos patients :

OUI ☐ NON ☐

➤ Si NON, veuillez parcourir le questionnaire **bleu**.

➤ Si OUI, veuillez parcourir le questionnaire **vert**

Vous avez déjà utilisé HADOV

III. Votre expérience de l'HAD :

1. Nombre de patients en HAD sur l'année 2010 : moins de 3 ☐
 entre 3 et 6 ☐
 plus de 6 ☐

2. Principales pathologies concernées : _____

3. Nombre de visites en moyenne par semaine (pour les patients en HAD): _____

4. Durée moyenne d'intervention au chevet du patient en HAD : _____ minutes

5. Avez-vous été à l'origine de l'admission en HAD de votre patient ?

a chaque fois ☐ la plupart des fois ☐ parfois ☐ jamais ☐

6. Avez-vous participé à l'élaboration du projet de soins ?

a chaque fois ☐ la plupart des fois ☐ parfois ☐ jamais ☐

7. Avez-vous été informé des événements survenus lors de la prise en charge de votre patient durant l'HAD ? oui ☐ non ☐

Si oui, comment : par téléphone ☐ par fax ☐
 par e-mail ☐ par courrier ☐

8. Communiquez-vous avec l'équipe d'HAD à la suite de vos visites auprès des patients en HAD ?

a chaque fois ☐ la plupart des fois ☐ parfois ☐ jamais ☐

9. Avez-vous eu la possibilité de vous concerter avec le médecin coordonnateur de HADOV concernant la prise en charge de vos patients en HAD ?

a chaque fois ☐ la plupart des fois ☐ parfois ☐ jamais ☐

10. Pendant vos horaires de garde avez-vous eu à faire des visites concernant des patients en HAD ? oui ☐ non ☐

IV. Votre ressenti sur HADOV :

1. Selon vous les patients en HAD augmentent-ils votre charge de travail ? oui ☐ non ☐

Si oui, ☐ temps passé au téléphone

☐ longueur et nombre de visites

☐ multiplication des ordonnances et prescriptions à faire

☐ autre

2. Avez-vous le sentiment d'être moins impliqué lors de la prise en charge de votre patient en HAD ?

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

3. Avez-vous le sentiment que l'HAD vous a été imposée ?

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

4. Avez-vous le sentiment que le médecin coordonnateur se substitue à votre rôle de médecin traitant lors d'une prise en charge en HAD ?

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

5. Le mode de rémunération dans le cadre de l'HAD vous semble-t-il adapté ?

oui ☐ non ☐

6. Pour quelle pathologie l'HAD vous semble-t-elle la plus utile ? _____

7. D'après vous l'entourage est-il suffisamment informé des difficultés physiques, psychiques et techniques posées par l'HAD ?

oui, tout à fait ☐ oui, à peu près ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

8. L'HAD vous semble-t-elle adaptée au monde rural ? oui ☐ non ☐

9. Quelles ont été les difficultés rencontrées durant la prise en charge en HAD de vos patients ? _____

10. Qu'a-t-elle apporté à la prise en charge du patient par rapport à une hospitalisation classique ? _____

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

12. L'HAD selon vous est bénéfique :

➤ pour le patient :

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

➤ pour l'entourage du patient :

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

➤ pour la société (économie de santé) :

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

➤ pour le médecin généraliste :

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

13. Etes-vous satisfait de votre expérience HAD ?

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

14. Comment peut-on améliorer HADOV ?

V. Vos commentaires :

Vous n'avez jamais utilisé HADOV

1. Pour quelle raison n'utilisez vous pas l'HAD ?

2. Connaissez-vous la procédure d'inclusion d'un patient en HAD ?

pas du tout ☐ un peu ☐ moyennement ☐ parfaitement ☐

3. Pour quelle pathologie l'HAD vous semble-t-elle la plus utile ?

4. L'HAD vous semble-t-elle adaptée au monde rural ? oui ☐ non ☐

5. Pendant vos horaires de garde avez-vous eu à faire des visites concernant des patients en HAD ? oui ☐ non ☐

6. L'HAD selon vous est bénéfique :

➤ pour le patient :

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

➤ pour l'entourage du patient :

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

➤ pour la société (économie de santé) :

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

➤ pour le médecin généraliste :

oui, vraiment ☐ oui, un peu ☐ non, pas vraiment ☐ non, pas du tout ☐

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

8. Vos commentaires :

4. Analyse des résultats :

Nous avons interrogé **84** médecins généralistes libéraux installés sur le secteur d'intervention de HADOV en 2010.

Nous avons obtenu **71 %** de réponses, soit **60** retours de questionnaire. Parmi les médecins répondants **58 %** ont utilisé HADOV au décours de l'année 2010.

4.1. Profil des médecins répondants

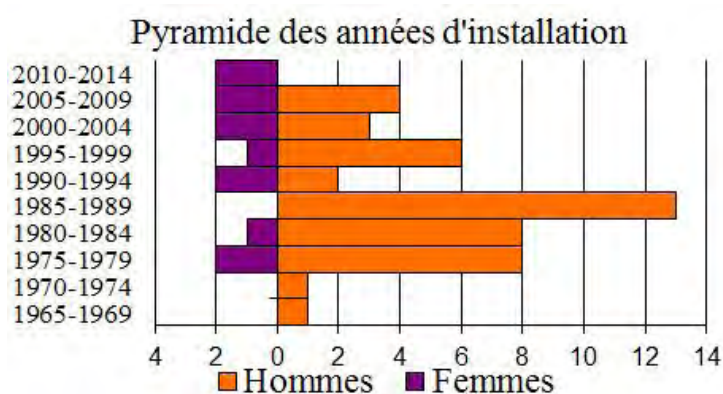
Les 60 médecins répondants sont majoritairement des hommes, 79%, contre 21 % de femmes.

En moyenne, l'âge des médecins est de 52,8 ans, donnée superposable à la moyenne départementale.

L'année d'obtention de la thèse remonte à 1964 (moyenne = 1987,31, médiane = 1985,5).

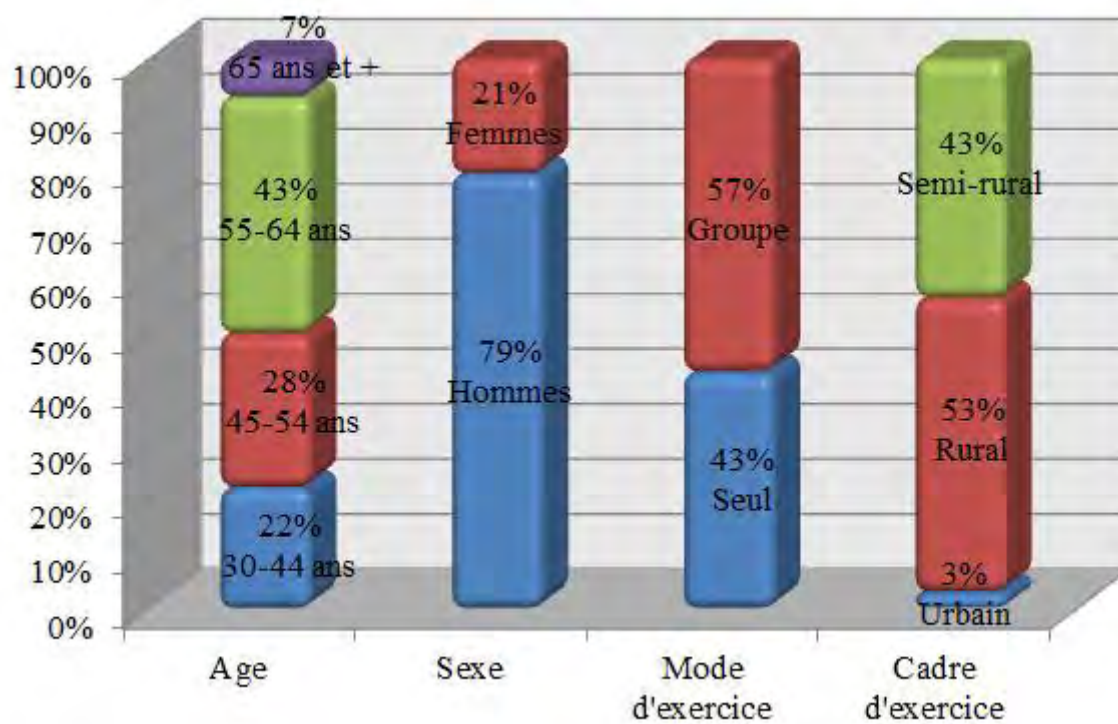
L'année d'installation remonte à 1967 (moyenne = 1989,28 , médiane = 1986).

Figure 1 : pyramide des années d'installation :



Ils exercent en groupe pour 57% d'entre eux, le mode d'exercice étant majoritairement rural (31 médecins sur 60). Il s'agit donc de médecins expérimentés, certains exerçant depuis plus de 40 ans.

Figure 2 : démographie des médecins de l'enquête :



4.1.1. Activité des médecins généralistes

- **Consultations** : en moyenne **119** consultations par semaine
- **Visites à domicile** : en moyenne **16** par semaine
- **Gardes** : **3,6** gardes par mois en moyenne

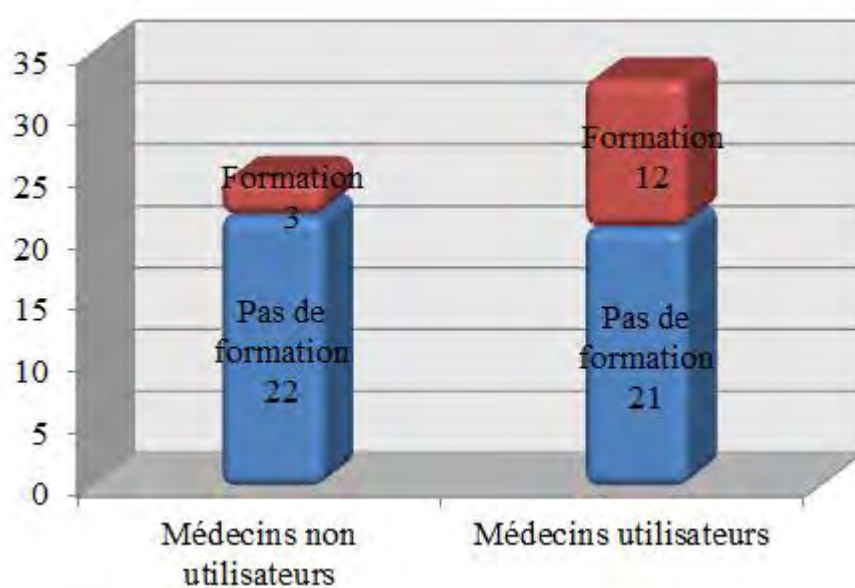
4.1.2. Activité parallèle à la médecine générale

Tableau 1

Maison de retraite	27 réponses
Activité hospitalière	9 réponses
Maitre de stage	8 réponses
Médecine parallèle	3 réponses
Soins palliatifs	1 réponse
Autre	12 réponses

4.1.3. Formation concernant l'HAD

Figure 3 : formation concernant l'HAD (2 non répondants)



4.1.4. Utilisation de **HADOV** durant l'année 2010

Parmi les 60 médecins répondants, 35 ont utilisé la structure d'hospitalisation à domicile durant 2010.

4.2. Médecins non utilisateurs de HADOV : constat sur l'HAD

4.2.1. Connaissances sur l'HAD

Parmi les 60 médecins répondants, 25 n'ont jamais utilisé un service d'hospitalisation à domicile.

La procédure d'inclusion d'un patient en HAD est parfaitement connue par 1 seul médecin parmi les 24 ayant répondu à la question. 46% d'entre eux estiment ne pas la connaître.

4.2.2. Raisons de non utilisation de l'HAD

Tableau 2 : raisons de non utilisation

Motif	Situations évoqués
Absence d'opportunité	Pas de patient concerné par l'HAD (15 médecins sur 24)
	Mode d'exercice particulier (3 médecins)
Méconnaissance du service	Pas sollicité pour l'HAD (3 médecins)
	Manque d'information sur la structure (2 médecins)
Habitudes d'exercice	Utilisation des SSIAD locaux (1 médecin)

4.2.2. Commentaires des médecins non utilisateurs

Nous allons illustrer ci-dessous les commentaires de 4 médecins, en se rapportant aux raisons principales de non utilisation de l'HAD :

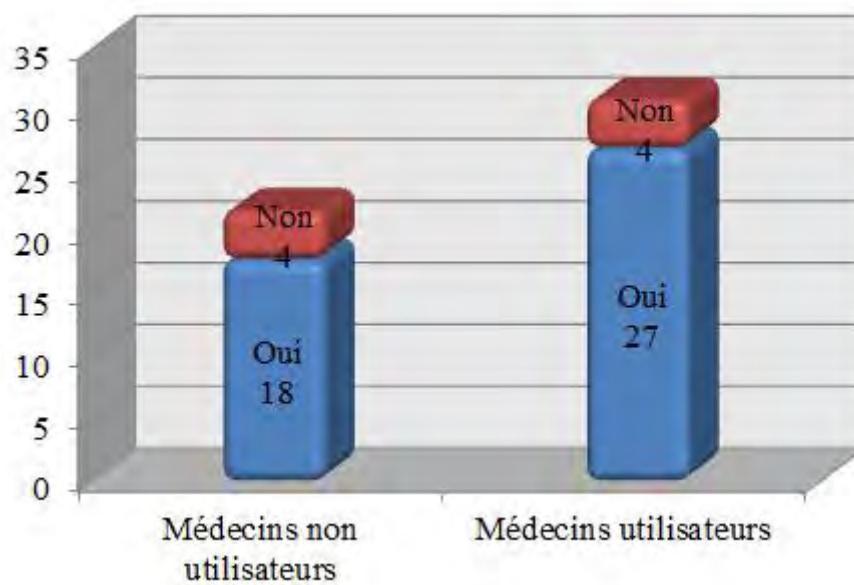
Tableau 3 :

Opportunité	<i>« L'HAD est une opportunité appréciable en milieu semi-rural. C'est un outil essentiel à la qualité des soins ».</i>
Méconnaissance	<i>« Actuellement l'HAD est mal connue. La méconnaissance, si bien que les malentendus nuisent à la perception de l'HAD par les médecins et les familles. Pour améliorer l'HAD l'avis de médecins ruraux, d'IDE rurales ou d'anciens stagiaires ruraux peut être utile ».</i>
Habitude	<i>« L'aide à domicile sur le secteur (IDE, SSIAD,...) apporte déjà une prise en charge importante et appréciable ».</i>
Appréhension	<i>« Ne me sens pas concerné car j'ai mes réseaux qui fonctionnent bien. De surcroît ça me paraît lourd et plus ou moins un détournement de patientèle ».</i>

4.3. Vision de l'HAD des médecins utilisateurs et non utilisateurs

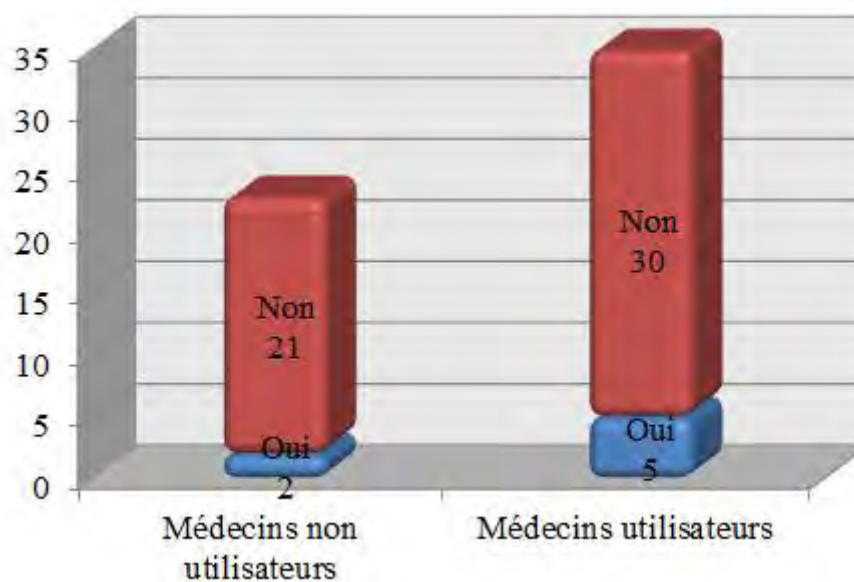
4.3.1. L'HAD est-elle adaptée au monde rural ?

Figure 4 :



4.3.2. Visites concernant les patients d'HAD pendant la permanence de soins

Figure 5 :



4.3.3. Pour quelle pathologie l'HAD serait-elle utile selon les médecins non utilisateurs

Tableau 4 : pathologies citées par les médecins non utilisateurs de HADOV

Catégories	Pathologies citées	Nombre de réponses
Situations palliatives	➤ Cancers ➤ Fin de vie	12 réponses sur 25
Pathologies neuro-dégénératives	➤ Alzheimer ➤ Post AVC ➤ SEP	6 réponses
Maladies chroniques	➤ Insuffisance cardiaque ➤ Handicap	5 réponses
Traitements post-chirurgicaux	➤ Soins post-chirurgicaux	2 réponses

4.3.4. Pour quelle pathologie l'HAD serait-elle utile selon les médecins utilisateurs

Tableau 5 : pathologies citées par les médecins utilisateurs de HADOV :

Catégories	Situations citées	Réponses
Situations palliatives	➤ Fin de vie ➤ Cancers ➤ Chimiothérapie ➤ Prise en charge de la douleur	25 réponses
Traitements post-chirurgicaux	➤ Rééducation orthopédique	2 réponses

Figure 6 : vision des médecins non utilisateurs de HADOV sur le bénéfice de l'HAD :

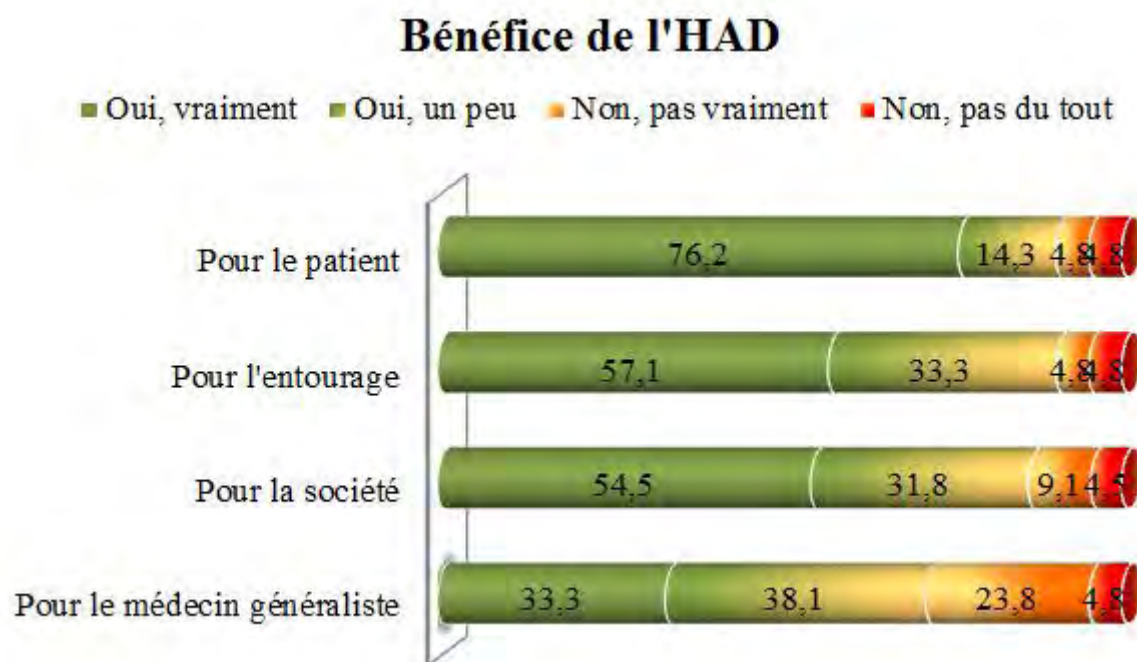
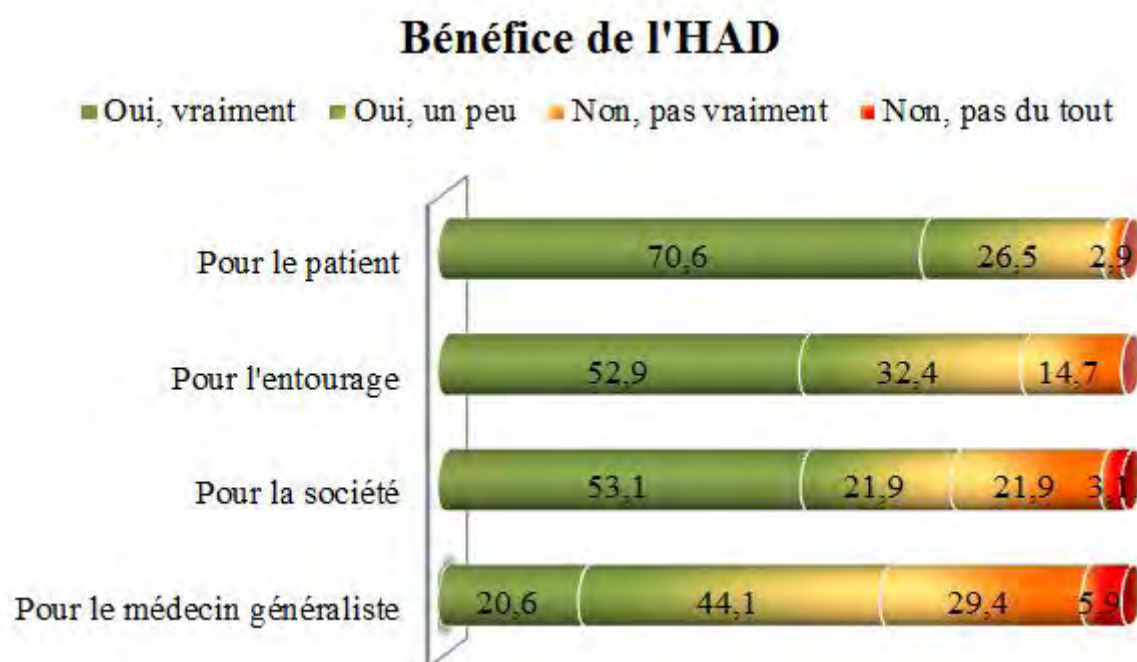


Figure 7 : vision des médecins utilisateurs de HADOV sur le bénéfice de l'HAD :



4.4. Expérience de l'HAD des médecins utilisateurs de HADOV

HADOV est une structure très récente, elle a ouvert ses portes en janvier 2010.

L'HAD durant l'année 2010 concerne moins de 3 patients pour 88,2% des médecins.

Les principales pathologies prises en charge par HADOV font partie de la liste officielle des indications d'HAD [3].

4.4.1. Pathologies rencontrées lors de la prise en charge en HAD

Tableau 6 : pathologies citées par les médecins utilisateurs de HADOV :

Catégories	Pathologies citées	Nombre de réponses
Situations palliatives	➤ Cancers ➤ Fin de vie	28 réponses sur 61
Maladies chroniques	➤ Diabète ➤ Insuffisance cardiaque ➤ Artérite ➤ Dermatomyosite	14 réponses
Traitements complexes	➤ Plaies complexes ➤ Soins de cathéter ➤ Pansements VAC	7 réponses
Traitement intraveineux	➤ Pyélonéphrite ➤ Erysipèle ➤ Surinfections respiratoires	6 réponses
Traitements post-chirurgicaux	➤ Soins post fracture compliquée	3 réponses
Pathologies neuro-dégénératives	➤ Alzheimer ➤ Démence	3 réponses

4.4.2. Prescription de l'HAD et participation au projet de soins

Tableau 7 :

Médecin généraliste et projet de soins	Résultats (exprimés en pourcentages, effectif de 35 médecins)			
	A chaque fois	La plupart des fois	Parfois	Jamais
A l'origine de l'admission	8,6%	11,4%	22,9%	57,1%
Participation à l'élaboration du projet	17,1%	11,4%	22,9%	48,6%

4.4.3. Durée et nombre de visites auprès des patients en HAD

Tableau 8 :

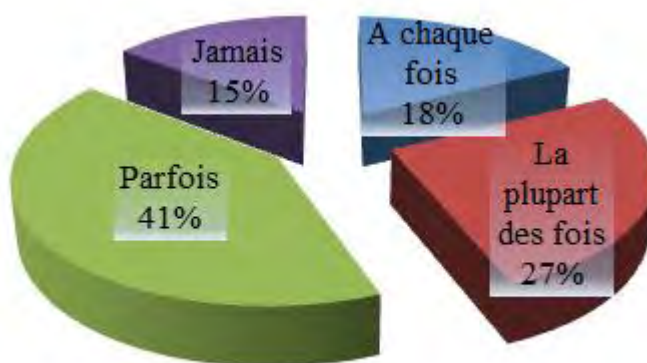
Prise en charge du patient en HAD	Résultats
Nombre de visites	1,3 visite en moyenne par semaine
Durée des visites	25 minutes en moyenne

4.4.4. Communication avec l'équipe d'HAD

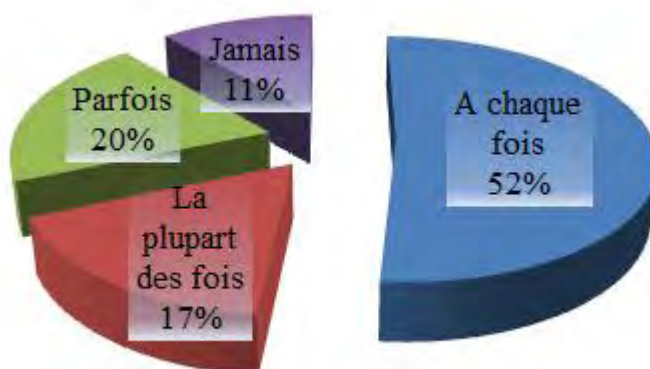
93% des médecins interrogés ont été informés par l'équipe d'HAD au cours de la prise en charge de leurs patients en HAD. Le principal moyen de communication est le téléphone : pour 68,6% des médecins.

Tableau 9 : communication MG/HAD :

Communication MG /HAD
à la suite des visites à domicile
auprès des patients



Possibilité de concertation
avec le médecin coordonnateur
de l'HAD



4.5. Médecins utilisateurs de HADOV : ressenti sur l'HAD

4.5.1. Ressenti en termes de charge de travail

62,9% des médecins interrogés estiment que l'HAD augmente leur charge de travail

Tableau 10 :

Temps passé au téléphone	8 réponses
Longueur et nombre de visites	16 réponses
Multiplication des ordonnances et prescriptions à faire	12 réponses

4.5.2. Ressenti sur la pratique médicale

Tableau 11 :

Ressenti sur la pratique lors de la prise en charge d'un patient en HAD	Résultats (exprimés en pourcentages, effectif de 35 médecins)			
	Oui, vraiment	Oui, un peu	Non, pas vraiment	Non, pas du tout
Sentiment d'être moins impliqué	17,1%	42,9%	31,4%	8,6%
Sentiment d' HAD imposée	20%	31,4%	31,4%	17,1%
Sentiment de substitution par le médecin coordonnateur	5,7%	48,6%	34,3%	11,4 %

4.5.3. Ressenti sur le fonctionnement de HADOV

La grande majorité des médecins utilisateurs de HADOV considère que l'HAD est adaptée au monde rural. (87,1%) Les généralistes estiment que l'HAD serait la plus utile dans le domaine des situations palliatives :

Tableau 12 :

Catégories	Situations citées	Réponses
Situations palliatives	➤ Fin de vie ➤ Cancers ➤ Chimiothérapie ➤ Prise en charge de la douleur	25 réponses
Traitements post-chirurgicaux	➤ Rééducation orthopédique	2 réponses

Le **mode de rémunération** proposé par l'HAD n'est pas satisfaisant pour **58%** des médecins répondants.

Ils sont **48,6%** également à considérer que **l'entourage n'est pas suffisamment informé** des difficultés physiques psychiques et techniques posées par l'HAD.

4.5.4. Ressenti sur les difficultés posées par l'HAD

Parmi les 35 médecins répondants, 12 n'ont rencontré **aucune difficulté** particulière liée à la prise en charge de leurs patients en HAD.

7 médecins (20%) ont soulevé des difficultés liées à la **coordination des soins** :

« *Manque de coordination* »

« *Multiples intervenants, discours non uniforme* »

« *Horaires de passage de l'équipe d'HAD non compatibles avec l'activité libérale* »

« *Problèmes de coordination (l'horaire ne correspond pas)* »

« *Relation avec les aides-soignantes libérales (double intervention)* »

« *Exclusion des IDE libérales* »

« *Patient pas soigné par l'IDE libérale habituelle* »

6 médecins (17%) ont signalé des problèmes d'ordre **administratif et de fonctionnement** propre à la structure :

« *Difficultés administratives* »

« *Refus non justifié de prise en charge en HAD* »

« *Compréhension du dossier* »

« *Classeur de soins trop volumineux* »

« *Problème de sectorisation territoriale* »

« *Pas de problème, mais cout + + +* »

3 médecins (8,5%) ont pointé des difficultés liées à la **communication** :

« Communication avec les différents intervenants »

« Communication difficile le week-end avec le médecin coordonnateur »

« Manque d'information du patient (toujours le problème de communication du monde hospitalier avec le patient »

2 médecins (5,7%) ont évoqué des difficultés liées à l'**état de santé du patient** :

« Etat de santé instable, entraînant des modifications fréquentes dans les traitements »

« Problèmes liés à la surveillance respiratoire (risque de défaillance rapide) »

1 médecin (2,85%) a signalé le problème **chronophage** de la prise en charge :

« Temps nécessaire (long) pour effectuer un travail correct »

1 médecin (2,85%) a évoqué des difficultés liées au **manque de formation** concernant la prise en charge en HAD :

« Pas de formation, donc pas de clarté dans la procédure »

4.5.5. Ressenti sur l'HAD en termes d'apport face à l'hospitalisation classique

Parmi les réponses émanant des médecins, le terme qui revient le plus souvent est celui de « **confort** » **du patient**.

Les formulations suivantes sont rencontrées :

- « *Un grand confort* »
- « *Confort des soins à domicile* »
- « *Se sentir chez soi* »
- « *Confort du maintien à domicile* »
- « *Meilleure qualité de vie* »

La **dimension morale du confort** est apportée par la présence de l'entourage familial au patient :

- « *Entouré de sa famille* »
- « *Meilleur confort moral* »
- « *Confort et réconfort du patient* »
- « *Surtout sur le moral du patient qui reste à son domicile avec son médecin traitant qu'il connaît et en qui il a confiance* »

Les médecins évoquent également une amélioration de la **qualité des soins** prodigués au patient : personnalisation du projet de soins, humanisation, prise en charge globale, possibilité de réaliser des soins lourds :

- « *Certainement une humanisation des soins* »
- « *Prise en charge globale, surtout dans les soins palliatifs* »
- « *Soins plus personnalisés* »
- « *Réalisation de pansements (VAC) à domicile* »
- « *Meilleur suivi, sécurisation des soins* »

D'autres réponses mettent en évidence le respect des **droits du patient** :

« *Respect du désir du patient* »

« *Ecoute du patient, meilleure réponse à ses attentes* »

« *Meilleure compréhension de sa maladie par le patient* »

Certains médecins considèrent que l'apport de l'hospitalisation à domicile est de raccourcir une hospitalisation classique et d'être **bénéfique à la convalescence** :

« *Retour anticipé à domicile* »

« *Raccourcit l'hospitalisation classique* »

« *Cadre de vie nécessaire à la guérison* »

Des bénéfices pour **l'entourage du patient** (famille, médecin traitant) sont également évoqués :

« *Contact et accompagnement familial facilité* »

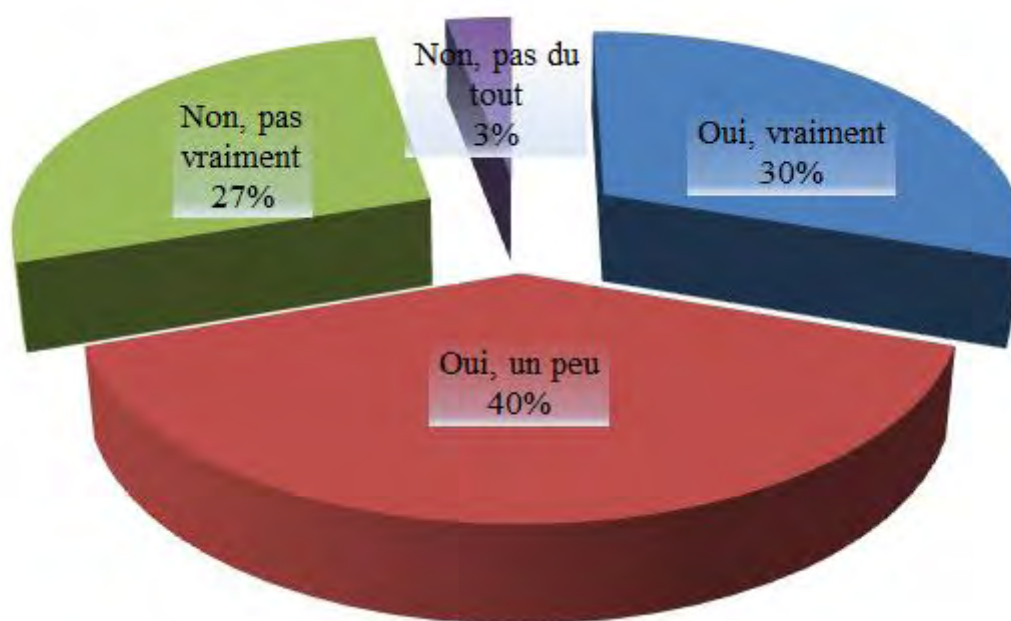
« *Réponse au désir du patient et de la famille* »

« *Meilleur suivi de l'évolution* » (par le médecin traitant)

« *Meilleur contact avec les confrères hospitaliers* » (pour le médecin traitant)

4.5.6. Satisfaction des 35 médecins utilisateurs au sujet de HADOV

Figure 8 :



4.5.7. Propositions d'amélioration concernant HADOV

Tableau 13 :

Domaine	Propositions d'amélioration
Place de l'HAD dans le parcours de soins	Poser la bonne indication d'hospitalisation à domicile
Communication et coordination HAD – médecins généralistes	Communication plus rapide avec les généralistes, notamment dans les cas complexes et difficiles
	Améliorer la coordination et la communication entre les responsables de l'HAD et les généralistes
	Contacts renforcés (réunions plus longues et plus fréquentes) entre l'équipe d'HAD et les généralistes
	Former et informer les généralistes au sujet de l'HAD
Fonctionnement propre à la structure	Réduire le nombre de tâches administratives pour le médecin traitant
	Mettre en place un dossier papier moins volumineux
	Organiser une meilleure implication des IDE libérales dans la prise en charge en HAD

4.5.8. Commentaires des médecins utilisateurs de HADOV

Les commentaires des médecins gravitent autour des problématiques rencontrées en utilisant HADOV.

Forcément, les médecins qui ont exposé des difficultés à propos de l'HAD ont aussi apporté plus de commentaires négatifs en comparaison avec leurs confrères qui n'ont soulevé aucune difficulté.

Nous allons illustrer ci-dessous les commentaires de quatre médecins, en se rapportant à leur satisfaction vis-à-vis de l'HAD.

Tableau 14 : commentaires des médecins

Êtes-vous satisfait de votre expérience HAD ?	Commentaires de médecins
oui, vraiment	<i>« Exerçant dans la même ville que l'HAD il m'est plus facile d'avoir des contacts avec l'équipe d'HAD, ce qui permet parfois une meilleure concertation. »</i>
oui, un peu	<i>« Le tarif de la visite HADOV par le généraliste n'est pas du tout adapté. (tarif visite sécurité sociale) essentiellement à cause de la durée de l'intervention (déplacement compris). Un plombier affiche un tarif au moins deux fois supérieur ! »</i>
non, pas vraiment	<i>« Problème de formation et d'information initiale sur le fonctionnement insuffisante ou inexistante. »</i>
non, pas du tout	<i>« Nous sommes prêts à faire des efforts encore faut-il que les équipes soignantes de l'HAD se rendent compte que nos horaires ne sont pas les leurs (nous avons une activité libérale). D'autre part il faut que nous restions un peu maitres des consignes thérapeutiques, nous ne sommes pas là que pour renouveler des ordonnances ».</i>

Quatrième partie :
Discussion et perspectives d'avenir

1. Bien fondé de la méthode :

L'objectif de cette étude était d'évaluer le vécu et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la structure d'hospitalisation à domicile locale.

Pour cela nous avons interrogé les médecins exerçant sur le territoire sanitaire desservi par HADOV.

L'envoi de questionnaires par courrier a ouvert une possibilité d'expression pour tous les médecins concernés.

Le recueil de données aussi bien qualitatives que quantitatives apporte des informations riches et variées.

Le taux particulièrement élevé de réponses confère donc à notre étude une certaine représentativité et confirme le fait que les médecins généralistes se sentent concernés par le sujet de l'hospitalisation à domicile.

Notre étude a pour limite de concerner un service d'HAD très récent. Nous avons réalisé notre enquête après 1 an de fonctionnement de HADOV.

Certains médecins nous ont fait part dans leurs réponses de leur manque de recul vis-à-vis de certaines problématiques.

Toutefois notre étude se concentre sur une évaluation locale des opinions et des besoins des médecins généralistes. Malgré l'absence d'un certain recul, à partir des réponses obtenues des voies d'amélioration se profilent, au profit d'une meilleure compréhension du ressenti des médecins généralistes.

2. Interprétation des résultats :

2.1. Profil des médecins généralistes exerçant dans l'ouest vosgien

Nous avons pu constater que les médecins interrogés au cours de notre étude ont beaucoup d'expérience dans la pratique de la médecine générale, certains exerçant sur le secteur depuis plus de 40 ans.

Le mode d'exercice prédominant est l'exercice en groupe, pour 57% des médecins interrogés.

Si la moyenne d'âge est comparable à la moyenne nationale, l'activité des généralistes ouest vosgiens est plus chargée. Les généralistes interrogés déclarent effectuer en moyenne 118,5 consultations par semaine et 16 visites en moyenne par semaine, données supérieures à la moyenne nationale. (Source site AMELI : moyenne des consultations médecine générale = 82,68 et moyenne des visites à domicile médecine générale = 12,38)

Il s'agit donc de médecins expérimentés, avec un emploi du temps bien chargé, exerçant pour la plupart en milieu rural. Une majorité de médecins déclare intervenir en maison de retraite, au titre de leur activité parallèle à la médecine libérale.

2.2. Vécu des médecins généralistes à propos de l'HAD

L'expérience de l'HAD des médecins généralistes de l'ouest vosgien est limitée.

Cela concerne le plus souvent moins de 3 patients par médecin pour l'année 2010.

En raison de ce manque d'expérience des médecins généralistes il nous a été difficile d'identifier des critiques constructives vis-à-vis de la structure d'HAD locale.

HADOV étant à ses débuts, nous avons pu recenser un premier ressenti et les difficultés auxquelles ont été confrontés les médecins. L'implication des médecins généralistes de l'ouest vosgien dans l'HAD locale est faible actuellement.

Une étude menée en 2007 par l'URML en Bretagne démontre que seulement 19,4% des médecins généralistes sont à l'origine de la prescription d'HAD [15].

Notre enquête permet de mettre en évidence que 57% des médecins libéraux de l'ouest vosgien n'ont jamais été à l'origine de l'admission en HAD de leur patient.

De même, 47% d'entre eux n'ont jamais participé à l'élaboration du projet de soins concernant le malade hospitalisé en HAD.

La quasi-totalité des médecins est informé des événements lors de la prise en charge de leur patient en HAD. La concertation avec le médecin coordonnateur a été à chaque fois possible pour plus de la moitié des généralistes. En retour, il semble que les médecins sont moins enclins à communiquer avec l'équipe d'HAD sur leur intervention à domicile du malade. Nous expliquons cela par une charge de travail qui s'avère importante pour le médecin traitant, et par une connaissance insuffisante du fonctionnement de la structure.

2.3. Ressenti des médecins généralistes

Les médecins généralistes de notre étude sont globalement satisfaits de la structure d'HAD locale (taux de satisfaction de 70%).

Malgré un aperçu plutôt négatif concernant la charge de travail et l'impact sur la pratique quotidienne du généraliste, les médecins voient dans l'HAD un réel bénéfice pour le patient, en termes de confort et notamment de confort moral.

Une certaine lourdeur administrative et des problèmes de coordination inhérents à cette structure débutante freinent le recours à l'HAD.

La méconnaissance de l'HAD demeure un frein à la prescription et à l'implication dans ce type de prise en charge, en témoigne la vision parfois restrictive palliative que les médecins gardent de l'HAD.

Les généralistes apprécient l'aide logistique et la qualité de soins apportés par l'HAD, qui se révèle selon certains bénéfique à la guérison.

Un bénéfice pour l'entourage du patient est également souligné, malgré une information jugée comme insuffisante vis-à-vis des difficultés rencontrées lors de l'hospitalisation.

Concernant le bénéfice apporté par l'HAD au médecin généraliste, les résultats démontrent que les opinions sont plus défavorables au sein des médecins utilisateurs de l'HAD. A l'usage, les médecins semblent moins convaincus du bénéfice que leur apporterait l'HAD. Cet avis défavorable trouve son explication dans le ressenti des médecins vis-à-vis de l'impact sur leur pratique médicale. Globalement, il y a un sentiment partagé de substitution par le médecin coordonnateur et d'une moindre implication lors de la prise en charge en HAD.

L'HAD, selon les médecins, permet d'apporter une réponse à l'offre de soins en zone rurale, mais des efforts restent à faire, par exemple sur le terrain de la communication et en ce qui concerne le mode de rémunération.

3. Les freins à l'implication des médecins généralistes dans l'HAD :

Notre étude nous permet d'identifier certains freins à l'implication des médecins généralistes vis-à-vis de HADOV. On peut ainsi souligner une méconnaissance de la structure et de son fonctionnement, une vision chronophage de la prise en charge en HAD et une rémunération jugée inappropriée.

Le sondage « le généraliste- FNEHAD » réalisé en 2008 retrouve des résultats proches de notre enquête. Ainsi, l'aspect chronophage de la prise en charge en HAD représente un frein pour 23% des médecins interrogés. 19% d'entre eux considèrent que la rémunération insuffisante pour le médecin traitant les retient de prescrire l'HAD [12].

Dans sa thèse de 2010, Florence Cuny réalise une enquête qualitative par focus group auprès des médecins généralistes impliqués dans l'HAD du sud meusien. L'étude montre que les médecins généralistes appréhendent leur première prise en charge par

méconnaissance du système et par peur de ne pas avoir les compétences nécessaires. Au fil du temps ils parviennent à s'intégrer à l'équipe d'HAD et à en retirer des bénéfices [22].

3.1. Une méconnaissance de la structure :

Une des principales raisons de non utilisation de HADOV est la méconnaissance de la structure. Notre enquête permet de constater que seulement 1 médecin parmi les généralistes non utilisateurs de l'HAD connaît parfaitement la procédure d'inclusion d'un patient en HAD. La méconnaissance du fonctionnement de l'HAD peut représenter un frein à l'implication des généralistes dans l'HAD. Dans notre étude, les médecins utilisateurs sont plus nombreux à avoir eu une formation sur l'HAD.

En s'appuyant sur le même constat, la mission de l'IGAS a rédigé en décembre 2010 une série de recommandations dans le but de promouvoir et de développer l'offre de soins en HAD [10].

Il est donc essentiel de renforcer la formation des intervenants libéraux et développer la formation initiale et continue.

3.2. Une charge de travail perçue comme chronophage :

La crainte de devoir passer trop de temps auprès des patients hospitalisés à domicile est sans doute un des freins à l'utilisation de la structure. Les médecins qui ont utilisé la structure affirment réaliser une visite à domicile par semaine auprès des patients hospitalisés en HAD, visite d'une durée de 25 minutes en moyenne. L'intervention auprès des patients d'HAD pendant la permanence de soins a concerné 5 médecins sur

les 35 utilisateurs de HADOV en 2010. On pourrait en effet se poser la question : est-elle réellement chronophage l'HAD ?

Ce ressenti des médecins s'explique si on considère la disponibilité et les compétences spécifiques que requiert une hospitalisation à domicile.

Les patients hospitalisés en HAD sont concernés souvent par des pathologies lourdes, palliatives, nécessitant une disponibilité et un accompagnement psychologique du malade et de son entourage. La maîtrise des gestes techniques et des dispositifs médicaux de nursing, ainsi que la gestion de la douleur peuvent également représenter des obstacles à l'implication des généralistes dans l'hospitalisation à domicile.

Il est donc important d'apporter des éléments d'aide à la décision médicale et de familiariser les prescripteurs avec le matériel utilisé fréquemment dans l'HAD.

Le travail en équipe permet également un gain de temps et d'efficacité.

Sous condition d'une communication efficace, l'HAD pourrait permettre l'extension du champ de compétences, favoriser les transferts de savoir faire et améliorer le temps médical de coordination.

3.3. La rémunération dans le cadre de l'HAD

Un obstacle à l'implication des généralistes dans l'HAD est constitué par l'absence d'une rémunération appropriée.

La rémunération à l'acte ne permet pas de solvabiliser le temps que représentent les formalités d'admission, la tenue du dossier médical et la coordination avec l'équipe d'HAD.

La loi HPST permet aux HAD de déroger au paiement à l'acte pour les intervenants paramédicaux [1].

Dans les recommandations formulées dans le rapport de l'IGAS et rendues publiques en novembre 2010, cette dérogation devrait être étendue aux professionnels de santé libéraux selon deux modalités :

- une rémunération forfaitaire en sus du paiement à l'acte pour des actions de coordination, concertation et formation
- une rémunération forfaitaire également pour des prises en charge particulièrement lourdes et complexes.

4. La place du médecin généraliste dans l'HAD :

57% des médecins de notre enquête affirment n'avoir jamais été à l'origine d'une admission en HAD. Ce fait engendre parfois un sentiment de dépossession, la prise en charge en HAD étant vécue parfois comme une situation imposée.

Certains médecins ont le sentiment que l'HAD capte les patients et les enferme dans un système hospitalier, considéré souvent comme « déconnecté » de la médecine de ville. Il en résulte la crainte de perdre l'initiative des prescriptions, donc la place de médecin référent, et d'être substitué par le médecin coordonnateur.

Une enquête midi-pyrénéenne de 2005 a travaillé sur les relations médecins généralistes – réseaux de soins palliatifs/douleur. En s'aidant de modèles de caractères professionnels et de positions connues des médecins en matière de politique de soins, les auteurs ont défini cinq profils de médecins : « le militant », « l'opportuniste », « le collégial », « le maître à bord » et « l'anti-institutionnel »[23].

« Le maître à bord » est un positionnement courant du médecin libéral, qui ne souhaite pas soumettre sa pratique au regard des autres et d'un réseau ou d'une structure en particulier. C'est également le profil le plus identifié en analysant les réponses à notre enquête.

Ce positionnement du médecin généraliste est en plein changement.

On constate actuellement une évolution dans la conception de la pratique médicale au bénéfice de la pluridisciplinarité et de la mutualisation des moyens. Le développement

des réseaux et la culture de l'HAD font partie de cette nouvelle vision de la pratique médicale.

Le médecin libéral se désapproprie le patient et renverse son statut traditionnel de « maître à bord », au bénéfice d'un rôle de pivot central, comme c'est le cas dans la prise en charge en HAD.

5. Réflexions et pistes de développement :

5.1. Formation et information des médecins

Notre enquête met en évidence le fait qu'une grande majorité de médecins n'a pas bénéficié de formation sur l'hospitalisation à domicile : 63,6% des médecins utilisateurs de la structure. Le taux est nettement plus important dans le lot des médecins qui n'ont jamais utilisé l'HAD : pas de formation sur l'HAD pour 88% des médecins.

Dans sa thèse de 2010, Delphine Sauvage analyse l'impact des formations dédiées aux médecins généralistes mosellans sur leur perception de l'HAD et sur leur utilisation en termes de prescription [17].

L'étude démontre que le nombre de prescriptions d'hospitalisation à domicile est plus important chez les généralistes ayant bénéficié de formations sur l'HAD par rapport aux confrères n'assistant pas aux formations. De même, entre 2003 et 2010, la méconnaissance des critères d'admission, de sortie et du fonctionnement d'une structure d'HAD ont reculé de moitié grâce aux dispositifs formateurs mis en place.

Dans notre région l'offre de formation initiale et de formation continue sur l'hospitalisation à domicile est riche et variée.

La Faculté de Médecine de Nancy fait figure de précurseur dans ce domaine avec la mise en place d'un stage en HAD depuis 2003 alors que le législateur n'a ouvert

officiellement cette possibilité aux établissements d'HAD que depuis la parution de la loi HPST en juillet 2009.

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

Dans le domaine de la formation médicale continue, l'association médicale mosellane de perfectionnement postuniversitaire (AMPPU), ainsi que la « Semaine médicale Lorraine », organisée annuellement à la Faculté de Médecine de Nancy, proposent régulièrement des formations concernant l'hospitalisation à domicile.

Il est important de rappeler le rôle joué par HADLOR dans la promotion de l'hospitalisation à domicile, à travers des actions de formation et d'information à ce sujet. Entre 2004 et 2010, une formation spécifique destinée aux médecins généralistes a été mise en place par HADLOR afin d'améliorer leur connaissance et leur utilisation de l'HAD.

Comme nous l'avons précisé dans la première partie de ce travail, l'hospitalisation à domicile est avant tout une hospitalisation. Délivrer des soins de nature hospitalière peut se révéler difficile pour le médecin généraliste.

Sur le plan national, à travers la Loi HPST de 2009, les pouvoirs publics mettent désormais l'accent sur la mise en place de dispositifs de formation et d'information sur l'hospitalisation à domicile.

Améliorer l'implication des généralistes dans l'HAD passe donc par des actions de formation continue, mais aussi par la mise à disposition des généralistes d'éléments d'aide à la décision adaptées à la prise en charge en HAD. (référentiels nationaux, protocoles de prise en charge et d'aide à la prescription).

Un autre élément qui ressort de notre étude est le faible besoin ressenti en matière de formation et information complémentaire sur l'HAD.

Moins de la moitié des médecins utilisateurs de la structure et seulement 1/3 des médecins non utilisateurs expriment le besoin de formation ou d'informations complémentaires sur l'HAD.

Cela s'explique sans doute par une charge de travail importante et un certain éloignement géographique des centres formateurs.

Une solution serait donc d'adapter les séances de formation et d'informations sur l'HAD aux conditions d'exercice et au profil des médecins : utiliser par exemple un support informatique pour pallier à l'éloignement géographique, ou bien, pour les médecins non équipés, des réunions d'information au sein de leur propre cabinet.

5.2. Promouvoir des domaines stratégiques pour l'HAD

En analysant les réponses des médecins généralistes il semblerait que les soins palliatifs, les soins de suite et de rééducation et la filière gériatrique pourraient constituer des perspectives de développement de l'HAD dans l'Ouest Vosgien.

Ce développement suppose que la place de l'HAD dans l'offre de soins soit clarifiée, afin qu'on puisse voir une évolution de la perception que les médecins libéraux ont de cette forme d'hospitalisation.

Les médecins hospitaliers prescrivent plus facilement l'HAD parce qu'ils y voient une possibilité de raccourcir une prise en charge classique, et donc l'intérêt de désencombrer des services souvent surchargés. Le médecin traitant doit aussi y trouver son compte dans l'HAD. Convaincre les médecins du soutien logistique apporté par la structure dans les différents domaines identifiés au niveau local comme stratégiques pour l'HAD, pourrait conforter la place de la structure dans l'offre de soins.

Concrètement, des fiches de lecture du patient en HAD pourraient être conçues pour venir en aide au médecin traitant, en ciblant les domaines stratégiques d'intervention de l'HAD locale.

Concernant les soins palliatifs par exemple, des chemins cliniques permettant d'évaluer la charge en soins et d'identifier les ressources techniques et humaines dont dispose l'HAD peuvent être mis à disposition des généralistes.

5.3. Améliorer la communication HAD- généralistes

Dans une structure charnière comme l'HAD la communication joue un rôle capital.

La ruralité, ainsi que l'étroite collaboration avec l'hôpital de référence du secteur font que des relations amicales et de confiance viennent renforcer la communication entre le médecin coordonnateur et les généralistes.

Améliorer la coordination et la communication entre l'équipe d'HAD et les médecins généralistes représente une des pistes de développement de HADOV, figurant parmi les propositions d'amélioration émanant des médecins.

Concrètement, cela passe par une communication plus rapide avec les généralistes, notamment dans les cas complexes et difficiles. Dans sa thèse sur la communication entre le Service des Urgences et les médecins généralistes de l'Ouest Vosgien, J. Trautmann souligne que l'envoi de mails sécurisés par Apycript représente un mode de communication rapide, simple et peu coûteux [24].

Sur le territoire 44% des médecins généralistes sont équipés de cet outil et le concept semble être connu et accepté par une majorité des médecins. Le développement de cet outil permettrait une plus rapide communication avec les généralistes et une meilleure coordination.

5.4. L'essor de la télémédecine

L'utilité de la télémédecine dans le suivi des patients à domicile trouve dans le cas particulier de HADOV tout son intérêt.

La télémédecine pourrait en effet représenter une réponse future aux problématiques de dépendance, d'isolement géographique ainsi qu'à la désertification médicale qui touche les Vosges.

En matière de coordination nous pouvons aisément imaginer les perspectives d'amélioration offertes par la mise en place d'une plateforme de coordination des soins à domicile, permettant ainsi aux médecins traitants, aux intervenants hospitaliers et aux salariés de l'HAD de travailler avec le même niveau d'information, à l'instar du groupement de coopération sanitaire (GCS) Télésanté Lorraine.

On peut ainsi obtenir, comme les généralistes le souhaitent, une meilleure implication des infirmières libérales dans la prise en charge en HAD et une meilleure coordination sur le terrain avec les SSIAD.

Ainsi médecin généraliste, médecin coordonnateur et infirmiers à domicile peuvent communiquer et adapter des stratégies thérapeutiques conjointement, avertir les uns et les autres sur les signes d'alerte et réagir plus promptement sans se sentir isolés face à des situations alarmantes. Un travail d'équipe est ainsi possible apportant plus de confort aux professionnels de santé dans leur pratique.

Des applications comme la télésurveillance et la téléconsultation pourraient se montrer d'une utilité particulière dans l'hospitalisation à domicile, permettant ainsi une plus grande réactivité aux changements des paramètres cliniques ou biologiques du malade. Le médecin traitant, tout comme le médecin coordonnateur pourrait avoir facilement accès au système de télé expertise, dans le cas par exemple d'un avis spécialisé qui nécessiterait autrement des délais de temps très importants.

Une possible réponse en termes de gain de temps et d'efficacité au chevet du patient est apportée par le stylo communicant, actuellement à l'essai auprès de l'HAD de Nancy. Ce type de technologie présente l'avantage d'être facilement accepté par l'utilisateur, car ce dernier n'a en effet pas besoin d'un temps d'apprentissage ou de formation.

5.5. De l'éducation thérapeutique à domicile ?

Comme nous l'avons vu dans l'enquête, la prise en charge des maladies chroniques occupe la 2^{ème} place des modes de prise en charge en HAD sur le territoire.

Un aspect important dans la prise en charge des maladies chroniques est représenté par l'éducation thérapeutique du patient.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) encourage les malades à adopter des comportements susceptibles de préserver voire d'améliorer leur qualité de vie.

La récente loi HPST a mis l'accent sur cette mission éducative des professionnels de santé, qu'elle soit directement réalisée ou seulement supervisée par les médecins généralistes.

Mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique au domicile du patient pourrait ouvrir des perspectives intéressantes pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques: il s'agirait par exemple, en reproduisant le modèle de l'hospitalisation de jour classique, de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique, faisant intervenir à domicile plusieurs acteurs coordonnés par l'équipe d'HAD et pilotés par le médecin traitant. Infirmière, diététicienne et assistante sociale pourraient ainsi intervenir, en étroite collaboration avec le médecin traitant directement dans le cadre de vie du patient chronique, ce qui est une condition sine-qua non d'efficacité de l'éducation thérapeutique.

Conclusion

Notre étude démontre que, malgré une expérience limitée de l'HAD, les médecins généralistes de l'Ouest Vosgien accueillent favorablement la structure d'HAD locale et le concept d'hospitalisation à domicile.

Leur implication dans l'HAD reste néanmoins faible et la vision sur leur propre rôle au sein de la structure est encore assez floue.

L'exemple de HADOV illustre parfaitement le positionnement actuel de l'HAD, qui se trouve à un moment charnière de son développement.

Les enjeux pressants de la dépendance et du vieillissement de la population ont ouvert la voie de l'hospitalisation à domicile, qui a connu un essor important.

En Lorraine le maillage territorial de l'HAD a connu un développement important ces cinq dernières années, par l'implantation de petites structures d'HAD dans des territoires ruraux, comme la Meuse ou les Vosges.

Dans ces territoires l'HAD a un potentiel important de développement, notamment dans la filière gériatrique et la périnatalité.

L'HAD permet au médecin généraliste de revaloriser son travail, en lui offrant une médecine plus intéressante et la possibilité de travailler en équipe.

Cela suppose pour l'avenir plus d'actions de formation et de communication auprès du médecin généraliste, qui doit rester au centre de ce système de soins, élément essentiel de son bon fonctionnement.

Bibliographie

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (J.O.R.F. 22 juillet 2009).
2. Gimbert V et Godot C « Vivre ensemble plus longtemps ». Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française » Premier ministre Centre d'analyse stratégiques Rapport et documents juillet 2010 : 306 pages
3. Circulaire n° DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.
4. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 (J.O.R.F 2 août 1991).
5. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 (J.O.R.F 6 septembre 2003).
6. Circulaire n°DHOS/O/ n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.
7. Décret n°2007-241 du 21 février 2007 (J.O.R.F 24 février 2007).
8. FNEHAD. Disponible en téléchargement :
http://www.fnehad.fr/dl/2009/08/presentation-had_fnehad_juillet09.pdf
9. ATIH, données disponibles sur : <http://stats.atih.sante.fr/mco/presentmco.php>
10. Rapport IGAS relatif à l'hospitalisation à domicile, novembre 2010
11. Raffy-Pihan N. L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. Rapport Congrès Systed 1997- Chicago- CREDES.

12. Petty F. Ce que les généralistes attendent de l'HAD ! Le Généraliste. 2008 ; 2469 : 14-16.
13. Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Exploitation des données du PMSI HAD 2006. Questions d'économie de la santé. N°140. Mars 2009. Disponible en téléchargement : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>
14. Circulaire n° 141 du 12 mars 1986 du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements publics.
15. URML Bretagne, données téléchargeables sur : http://www.urml-bretagne.fr/uploads/media/Rapport_enquete_HAD_n_2.pdf
16. Holue C. HAD La reconnaissance, et maintenant ? Panorama du médecin. 2010 ; n°5172 : 16-19.
17. Sauvage D. Hospitalisation à Domicile et médecins généralistes- enquête réalisée dans le secteur d'activité de l'Hospitalisation à domicile de l'agglomération messine. Th D Méd, Nancy 1.2010
18. Etat de santé et déterminants de santé de la population Lorraine par TSP-ORSAS- Lorraine mai 2009
19. Insee, Economie Lorraine, février 2009, 158-159. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=14399&page=EL/EL158-159/Sante.htm

20. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.
21. Circulaire N°DHOS/03/2006/506 du premier décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. 2006
22. Cuny F. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile. Etude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien. Th D Méd, Nancy 1.2010
23. Fahet G, Biboulet M, Souchois C, Cayla F. Les soins palliatifs de Midi-Pyrénées : enquête auprès des médecins généralistes impliqués dans les réseaux de soins palliatifs/douleur de la région Midi-Pyrénées en 2005. Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées, 2005.
24. Trautmann J. Evaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes- A partir d'un questionnaire soumis aux médecins généralistes du territoire sanitaire de Neufchâteau. Th D Méd, Nancy 1.2009

Annexes

Annexe 1

Situation clinique	Cotation	Codage
Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie	100%	100
Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie	90%	090
Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs	80%	080
Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler	70%	070
Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels	60%	060
Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents	50%	050
Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers	40%	040
Le patient est sévèrement handicapé	30%	030
Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif	20%	020
Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement	10%	010

Indice de Karnofsky

Annexe 2

Principales recommandations de la mission d'enquête sur l'hospitalisation à domicile Rapport IGAS, novembre 2010

N°	Recommandations	Autorités responsables	Echéance
1	Promouvoir des développements ciblés pour conforter la place de l'HAD dans les parcours de soins.	DGOS, DSS, CNAMTS, DG ARS	2010 – 2011
2	Elargir l'offre en gériatrie en maintenant la distinction avec les SSIAD.	DGOS, DSS, DGCS, CNAMTS, DG ARS	2010 – 2011
3	Améliorer les conditions de la prescription en accélérant l'élaboration de référentiels nationaux et le développement d'études médico-économiques sur la place de l'HAD dans les parcours de soins.	HAS, DGOS, CNAMTS	Fin 2010 – fin 2011
4	Réformer la T2A HAD en la fondant davantage sur l'information médicalisée et en la rendant cohérente et convergente avec les autres systèmes de tarification.	DGOS, DSS, DGCS, CNAMTS	Fin 2010 - fin 2011
5	Déterminer la place de l'HAD dans les PRS et les SROS à partir d'une évaluation précise des besoins et sur la base de grands regroupements de modes de prise en charge.	DG ARS	2010-2011
6	Accorder les autorisations d'HAD sur la base de cahiers des charges exigeants et faire des CPOM (intégrant des objectifs d'activité par grands regroupements de prise en charge) un véritable outil d'amélioration de la qualité de service, le cas échéant en recourant aux dotations en AC et FICQS.	DG ARS	2012-2013
7	Améliorer la couverture des zones rurales et organiser une concurrence limitée dans les zones urbaines très denses.	DG ARS	2012-2013
8	Contribuer à la coordination des différents acteurs de prise en charge à domicile.	DG ARS	2010- 2011
9	Faciliter la coopération entre HAD et SSIAD en systématisant les conventions de relais et de mutualisation des ressources.	DG ARS	2010- 2011
10	Intégrer les prestataires médico-techniques dans le dispositif de régulation territorialisée de l'offre de soins.	DGOS, DSS, CNAMTS, DG ARS	2010-2011
11	Améliorer la gestion du médicament en veillant à l'application de la loi HPST et l'adaptation du Contrat de bon usage du médicament.	DGOS, DSS, CNAMTS	2010-2011
12	Formaliser davantage et valoriser la coordination avec les libéraux.	DGOS, DSS, CNAMTS et fédérations	2010-2011

13	Encadrer et harmoniser la permanence des soins en l'adaptant au type de prise en charge.	DGOS et DG ARS	2010-2011
14	Structurer, de façon coordonnée, les SI HAD et intégrer l'HAD dans le développement de la télémedecine.	ASIP et fédérations	2010 -2012
15	Renforcer la formation des intervenants libéraux et développer la formation (initiale et continue) en matière de coordination médicale et paramédicale.	DGOS, ARS, fédérations	2010-2012
16	Aider les aidants par un soutien psychologique et matériel.	DGOS, DGCS, DG ARS, fédérations	2010-2012

Annexe 3

Mode de prise en charge principal à l'HAD

01 - assistance respiratoire
02 - nutrition parentérale
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre
04 - soins palliatifs
05 - chimiothérapie anticancéreuse
06 - nutrition entérale
07 - prise en charge de la douleur
08 - autres traitements
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10 - post-traitement chirurgical
11 - rééducation orthopédique
12 - rééducation neurologique
13 - surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
14 - soins de nursing lourds
15 - éducation de son patient et de son entourage
16 - surveillance de radiothérapie
17 - transfusion sanguine
18 - surveillance de grossesse à risque
19 - retour précoce à domicile après accouchement
20 - post-partum pathologique
21 - prise en charge du nouveau-né à risque
22 - surveillance d'aplasie

Annexe 4

Mode de prise en charge associé en HAD

00 - pas de protocole associé
01 - assistance respiratoire
02 - nutrition parentérale
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre
04 - soins palliatifs
05 - chimiothérapie anticancéreuse
06 - nutrition entérale
07 - prise en charge de la douleur
08 - autres traitements
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10 - post-traitement chirurgical
11 - rééducation orthopédique
12 - rééducation neurologique
13 - surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
14 - soins de nursing lourds
15 - éducation de son patient et de son entourage
16 - surveillance de radiothérapie
17 - transfusion sanguine
18 - surveillance de grossesse à risque
19 - retour précoce à domicile après accouchement
20 - post-partum pathologique
21 - surveillance d'aplasie
22 - prise en charge psychologique et/ou sociale

VU

NANCY, le **14 novembre 2011**

Le Président de Thèse

NANCY, le **16 novembre 2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

M. Le Professeur Marc BRAUN

Professeur J-D. DE KORWIN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3846

NANCY, le 21/11/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La HAD a connu ces dernières années un développement rapide sous l'impulsion d'une demande croissante de prise en charge à domicile.

La plupart des structures d'HAD sont de petites dimensions, à l'image de HADOV (hospitalisation à domicile de l'ouest vosgien), mise en place depuis janvier 2010.

Notre étude a pour objectif d'évaluer le vécu et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la structure d'HAD locale. Un questionnaire d'évaluation a été adressé aux 84 médecins généralistes du secteur. Le taux de réponse a été de 71% (60 médecins répondants).

L'étude démontre que HADOV connaît un accueil favorable parmi les médecins généralistes (70% de satisfaction) mais que leur implication dans la HAD est faible actuellement, en dépit de leur opinion favorable pour le patient et son entourage. La vision des médecins sur leur propre rôle reste critique, avec des points d'amélioration souhaités (meilleure communication, formation adaptée).

Ces résultats encouragent le développement de la structure HADOV et de façon plus générale le développement de la filière gériatrique.

Des actions de formation et de communication auprès du médecin généraliste devraient être mises en place pour favoriser son intégration au sein de la structure d'HAD.

TITRE EN ANGLAIS: General practitioner implication in local home health care

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE-ANNÉE 2011

MOTS CLEFS : Hospitalisation à domicile ; HAD ; médecins généralistes ; implication ; Ouest Vosgien ; loi HPST ; communication ; patients ; domicile

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex