



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*« Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-t-ils recours à  
une hospitalisation à domicile. »*

**Présentée et soutenue publiquement le 15 janvier à 18 heures  
Au Pôle Formation  
Par Clémence DERACHE épouse DELAVENNE**

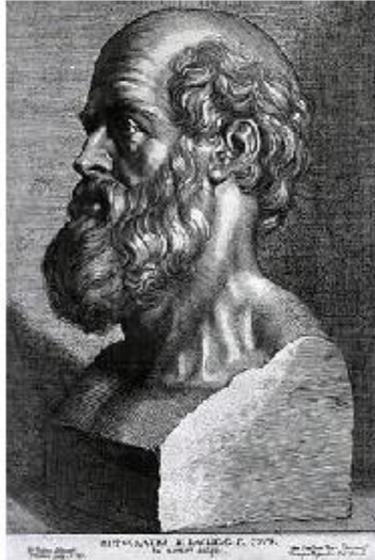
**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre JOUET**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**

**Monsieur le Professeur Benoit TAVERNIER**

**Directeur de Thèse : Madame le Docteur Sara BALAGNY**



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

# SOMMAIRE

<b>ABBREVIATIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>I..... INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>II. .... GENERALITES .....</b>	<b>4</b>
1 Généralités sur L'HAD .....	4
1.1 Définition de l'HAD .....	4
1.2 Bref Historique de l'HAD .....	4
1.3 La loi HPST et l'HAD .....	5
1.4 L'HAD en chiffres .....	5
2 Objectifs et missions.....	6
2.1 Objectifs .....	6
2.2 Missions .....	7
3 Mode de Fonctionnement .....	8
3.1 HAD Publique, HAD privée .....	8
3.2 Les types de soins et le projet thérapeutique .....	8
3.3 Les Acteurs.....	10
3.4 L'admission en HAD .....	11
4 Médecin généraliste et HAD.....	12
4.1 Rôle du médecin généraliste.....	12
4.2 Médecin généraliste prescripteur .....	12
<b>III.... MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>14</b>
1 Choix de la méthode .....	14
2 Matériel .....	14
3 Recueil des données : .....	14
4 Traitement des données.....	15
4.1 Critères Sociaux .....	15
4.2 Critères médicaux .....	16
4.3 Projet thérapeutique en HAD : .....	17
<b>IV.... RESULTATS .....</b>	<b>20</b>
1 Nombre de dossiers et traitement des demandes.....	20
2 Les critères d'analyse .....	21
2.1 Critères sociaux .....	21
2.2 Critères médicaux .....	23
2.3 Projet Thérapeutique en HAD .....	27
<b>V. .... DISCUSSION.....</b>	<b>32</b>
1 Bien-fondé de la méthode .....	32
1.1 Recueil des données.....	32
1.2 Le Terrain .....	32
1.3 La population.....	33

2	Analyse des résultats .....	34
2.1	Les patients et leurs conditions de vie .....	34
2.2	Les pathologies .....	37
2.3	Les soins .....	41
3	Perspectives.....	43
3.1	Transfusion et HAD.....	43
3.2	Pansements et HAD.....	45
3.3	Dénutrition et HAD.....	47
3.4	Propositions pour élargir la prescription d'une HAD par les médecins généralistes.....	47
<b>VI....</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>49</b>
<b>VII... BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>50</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>53</b>

---

## ABBREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CH : Centre Hospitalier

CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Education Thérapeutique des Patients

FNASS : Fond National d'Action Sanitaire et Sociale

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile.

HAD : Hospitalisation à Domicile

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IK : Indice de Karnofsky

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.

MDPH : Maison des Personnes Handicapées

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

UNAD : Unité de Nutrition Artificielle à Domicile

# I. INTRODUCTION

L'hospitalisation à domicile est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, largement utilisée en France. Elle permet la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques ou aiguës sur leur lieu de vie avec le concours d'une équipe soignante pluri-professionnelle, des médecins hospitaliers, des médecins traitants mais aussi les familles des patients. C'est un mode de prise en charge avantageux pour les patients qui émettent le désir d'être soignés chez eux, cela présente aussi un avantage en termes d'économie de santé publique. En effet l'HAD apparait comme un élément de réponse aux enjeux économiques et démographiques actuels dans le domaine de la santé. De ce fait, les places d'HAD se sont multipliées depuis ces dernières années.

A ses débuts, l'HAD ne pouvait être prescrite que par un médecin hospitalier et ce, à l'issue d'une hospitalisation conventionnelle. Aujourd'hui, le prescripteur de l'hospitalisation peut être aussi bien un médecin hospitalier que le médecin traitant. Qu'il soit le prescripteur ou non, le médecin traitant du patient est responsable avec le médecin coordonnateur de l'HAD du bon déroulement de la prise en charge, et de l'élaboration du projet thérapeutique pour le patient. Il a donc un rôle clef dans ce type de soin qui ne peut être mis en place sans son accord.

Cependant, c'est un mode de prise en charge encore très peu privilégié par les médecins libéraux même s'ils ont conscience de son intérêt pour leurs patients. Au cours de mon DES de médecine générale j'ai eu l'occasion de faire un stage de six mois à l'HAD du CHRU de Lille : Hopidom. Lors de mon semestre nous avons pris en charge deux demandes émanant de médecins généralistes sur cette période.

Cette sollicitation très faible de la part des médecins généralistes m'a poussée à me demander, dans quelles circonstances vont-ils avoir recours à une HAD. En d'autres termes, quelles situations pathologiques rencontrées en libéral leurs font évoquer le fait qu'une hospitalisation à domicile puisse être adaptée. Quels critères médicaux et sociaux leurs permettent de dessiner un projet thérapeutique au sein d'une HAD ?

Pour répondre à cette question, j'ai analysé 130 dossiers de demandes d'HAD venant de médecins généralistes, auprès de deux HAD : l'HAD Flandres-Lys à Hazebrouck, et l'HAD du CHRU de Lille : Hopedom.

L'objectif principal de cette étude est, à travers l'analyse de ces demandes, de mettre en évidence quels sont les principaux critères médicosociaux poussant un médecin généraliste à demander une HAD. L'étude de la réponse proposée par l'HAD en terme de projet thérapeutique pour le patient nous a permis dans un deuxième temps de savoir si les demandes faites étaient en adéquation avec ce que peut raisonnablement proposer un service d'HAD.

## **II. GENERALITES**

### **1 Généralités sur L'HAD**

#### **1.1 Définition de l'HAD**

L'hospitalisation à domicile est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle permet de dispenser des soins médicaux et paramédicaux au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable, et selon un projet thérapeutique préalablement établi. Elle concerne des patients de tous âges, adultes comme enfants, pour des pathologies aiguës et chroniques. En l'absence d'une telle structure ces patients seraient hospitalisés dans un service hospitalier conventionnel. Aujourd'hui, il existe une diversification des types d'accueil puisqu'il existe des HAD avec un accueil pédiatrique mais aussi périnatal.

#### **1.2 Bref Historique de l'HAD**

Les origines de la création de ces services remontent à une première expérience aux Etats Unis en 1945 : le Home Care. Le Dr Bluestone à New York en est à l'origine. En France, le premier service d'HAD a vu le jour en 1957 au sein de l'assistance publique des hôpitaux de Paris avec l'hôpital Tenon et l'hôpital Saint Louis : « Dès le départ la conception française de l'HAD introduit une innovation par rapport au système américain en choisissant de s'appuyer sur la médecine libérale pour assurer la continuité des traitements des patients » (1).

En 1970, sa reconnaissance légale est instituée grâce à l'article 4 de la loi n° 70- 1318 du 31 décembre 1970 : « Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du patient ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant » (2). Depuis la loi du 31/07/1991, elle est reconnue comme une

alternative à part entière à l'hospitalisation conventionnelle. La circulaire n° DH/EO2/2000/295 de mai 2000 (3), structure le contenu des prises en charge. Elle est la base du fonctionnement de toutes les HAD, elle définit ses missions et précise sa place par rapport aux autres structures de soins à domicile. Elle définit les types de soins délivrés et les critères d'admission en HAD. Il existe 24 modes de prise en charge principaux répertoriés, avec 3 catégories de soins. Les soins ponctuels, les soins continus et les soins de réadaptation. Enfin, La circulaire n° DHOS/03/DGAS2C/2007/356 du 05 octobre 2007 autorise les HAD à prendre en charge des patients en EHPAD.

### **1.3 La loi HPST et l'HAD**

Promulguée le 21 juillet 2009 (4), cette loi vise à rendre plus accessible l'HAD dans le paysage sanitaire français à travers deux propositions principales :

- Faire reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et non plus comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle ;
- Préciser la notion de « domicile » qui peut être soit le lieu de résidence du patient, soit un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles (EHPAD ou Maison de retraite par exemple).

### **1.4 L'HAD en chiffres**

Ces dernières années l'expansion du réseau français d'HAD a été très importante. En 2010, 100 000 patients ont bénéficié d'un séjour en HAD parmi les quelques 300 établissements autorisés. Au 31 décembre 2010, 11000 places d'HAD étaient disponibles soit 145% de plus qu'en 2005. Ces chiffres sont encore loin des objectifs initialement fixés de 15 000 places pour 2010 (5). Actuellement, nous observons un ralentissement de l'expansion des services d'HAD. Le taux de couverture du territoire français est de 9% entre 2009 et 2010, contre

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

7,5% entre 2010 ET 2011 (5). En 2011, c'est près de 12 000 patients qui sont pris en charge chaque jour en HAD. Si ce ralentissement perdure, le nombre de 15000 places, objectif fixé pour 2010, ne pourrait être alors atteint avant 2016.

## **2 Objectifs et missions**

### **2.1 Objectifs**

#### **2.1.1 Le respect du choix du patient**

Les Objectifs de l'HAD sont nombreux. Elle a entre autre pour objectif d'améliorer les conditions de soin, en permettant d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation traditionnelle. Mais surtout, respecter le choix du patient d'être soigné chez lui et lui garantir des soins de qualité à son domicile. En effet, compte tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques, cette demande est croissante. Par ailleurs beaucoup de patients expriment le souhait de mourir chez eux. Un sondage récent (IFOP 2010) montre que 81% des français souhaitent vouloir « passer leurs derniers instants chez eux ». Or selon le rapport 2011 de l'ONVF (6), Observatoire nationale de la fin de vie, 58% décèdent à l'hôpital, 27% au domicile et 11% en maison de retraite. Désormais, grâce au développement des soins palliatifs et de service de soin tels que l'HAD ou les SSIAD il est possible d'envisager une fin de vie au domicile.

#### **2.1.2 Une économie de santé publique**

Le développement des places d'HAD représente également un enjeu en termes d'économie de santé. En effet, une journée d'hospitalisation à domicile est moins coûteuse qu'une journée d'hospitalisation traditionnelle. Selon le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, une journée d'hospitalisation en HAD coûte 196 € contre 703 € pour une hospitalisation traditionnelle. Ce secteur concerne 0,8 % des dépenses de la sécurité sociale. (7)

Un document publié par l'Institut de recherche et développement en économie de la santé (IRDES), en février 2007 (8), soulignait cette idée en faisant le parallèle avec des journées en soins de suite et de réadaptation (SSR). Le coût d'une journée en HAD est de 169 € contre 263 € en SSR. En HAD, cette différence tendra à s'amoinrir en fonction de la dépendance des patients mais globalement, le coût sera toujours inférieur en comparaison avec une journée en hospitalisation traditionnelle. L'objectif de création de 10 000 places d'HAD pour fin 2010, selon les mêmes auteurs pourrait être à l'origine d'une économie de près de 350 millions d'€ par an pour les finances publiques, ce qui est considérable.

Par ailleurs, l'offre de soin en hospitalisation à domicile pourrait également permettre de désengorger les urgences et les services hospitaliers souvent en manque de lits.

## **2.2 Missions**

### **2.2.1 Des soins complexes et coordonnés**

La principale mission de l'HAD est de dispenser des soins médicaux et paramédicaux complexes et continus au domicile du patient. La circulaire du 30 mai 2000 identifie bien cette mission principale. Elle se doit d'assurer la permanence et la continuité des soins. Les soins doivent être nécessairement coordonnés et inscrits dans « un projet thérapeutique et psycho-social » (3). Les soins dispensés sont médicaux et paramédicaux, mais en fonction des patients d'autres intervenants peuvent collaborer au projet de prise en charge globale. Des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, orthophonistes ou encore des diététiciennes peuvent, au même titre que dans un service hospitalier conventionnel, concourir à la prise en charge du patient au domicile.

### **2.2.2 Education Thérapeutique**

L'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques peut être parfois une des missions de l'HAD. Comme c'est le cas avec le projet développé depuis mars 2011 par

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

l'HAD d'Hazebrouck pour les patients insuffisants cardiaques. L'idée étant de diminuer les risques de décompensation aigue et donc de ré-hospitalisation chez des patients méconnaissant les signes d'alertes. En les éduquant sur divers points comme la diététique et l'observance médicamenteuse, il est possible de maintenir un état clinique stable plus durablement tout en évitant des séjours hospitaliers récurrents.

### **3 Mode de Fonctionnement**

#### **3.1 HAD Publique, HAD privée**

Un établissement d'HAD peut être public, privé d'intérêt collectif, privé associatif ou encore privé à but lucratif. Il peut être associé à un établissement de santé avec hébergement ou indépendant (9). En 2010, la répartition par statut d'établissement du nombre total de journée en HAD était le suivant : 63% pour les HAD privées à but non lucratif, 10% pour les privées à but lucratifs, et 27% pour les HAD publiques. Sous la responsabilité d'un directeur, l'infirmière coordinatrice et le médecin coordonnateur organisent et planifient les soins. Dans tous les cas toutes les HAD suivent la même réglementation et ont le même financement.

Depuis 2005, la rémunération des actes se fait selon le principe de la tarification à l'activité (T2A) comme pour une hospitalisation conventionnelle.

#### **3.2 Les types de soins et le projet thérapeutique**

L'HAD s'adresse à tous les patients atteints de maladies chroniques nécessitant des soins complexes et coordonnés réalisables au domicile. Il va de soi que le patient aura préalablement exprimé le désir de rentrer chez lui. La différence avec une prise en charge par un SSIAD ou un IDE libérale est la complexité des soins. La circulaire du 30 mai 2000 relative à l'HAD (3), définit clairement les patients non admissibles en HAD : « Les malades qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés, qui relèvent de soins infirmiers à

domicile, dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnelle en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent. ». Les pathologies psychiatriques constituent une contre-indication à l'HAD en raison de l'impossibilité d'une surveillance permanente. Enfin les patients nécessitant uniquement des soins nutritionnels (nutrition entérale ou parentérale) seront pris en charge par des unités spécialisées dans la prise en charge de la nutrition à domicile.

Les différents types de soins proposés, après avoir établi le projet thérapeutique sont les suivants :

- **Soins Continus** : Ils associent, pour une durée non déterminée préalablement des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime . Il s'agit plus particulièrement des soins palliatifs et cela représente la majeure partie des motifs de demande d'HAD actuellement. Ce mode de prise en charge répond au désir d'un patient de décéder à son domicile par exemple.
- **Soins Ponctuels** : Ils sont définis comme des soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminé. Ils peuvent être fréquemment réitérés. C'est par exemple une antibiothérapie intraveineuse, une chimiothérapie, ou encore une transfusion.
- **La réadaptation au domicile** : Elle est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminé après la phase aigüe d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une poly pathologie. Cette prise en charge concernera plutôt des patients ayant subi une amputation par exemple ou la mise en place d'une prothèse. Dans ces cas-là, une HAD accompagne le retour au domicile du patient afin de l'aider à reprendre sa vie antérieure d'un point de vue fonctionnel grâce aux kinés ou

aux ergothérapeutes mais aussi d'un point de vue médical avec la prise en charge de pansements après une chirurgie.

### **3.3 Les Acteurs**

D'un point de vue médical trois médecins concourent à la prise en charge d'un patient en HAD : Le médecin coordonnateur, le médecin hospitalier et le médecin généraliste dont nous détaillerons le rôle un peu plus bas. La circulaire ministérielle N°DHOS/O3/2006-506 du 01 décembre 2006 relative à l'HAD définit clairement leurs différents rôles (10).

Le médecin coordonnateur est le référent médical de la structure d'HAD. Il veille à la bonne réalisation et à une bonne coordination des soins et transmet les informations médicales au médecin hospitalier et au médecin traitant. Il émet un avis médical pour l'admission des patients et leur sortie. Il veille à l'élaboration du projet thérapeutique et à la bonne réalisation des soins.

Le médecin hospitalier est très souvent à l'origine de la demande d'HAD. Dans cette situation, il transmet les informations médicales concernant son patient et élabore le projet thérapeutique avec l'équipe d'HAD. Il s'engage à suivre et réhospitaliser son patient si son état le nécessite.

Les soins sont réalisés par une équipe d'infirmiers professionnels encadrés par un infirmier coordonnateur des soins. Ils mettent en œuvre le protocole de soins au chevet du patient tout en le réévaluant régulièrement. Des aides-soignants peuvent aussi intervenir au domicile ainsi que d'autres professionnels paramédicaux en fonction des besoins : kinésithérapeute, ergothérapeute, diététiciens, orthophonistes. Une prise en charge psychologique ou sociale peut être mise en place également. Les établissements d'HAD fonctionnent principalement

avec des acteurs salariés, mais elles peuvent collaborer quand c'est nécessaire avec des acteurs libéraux. Ils sont alors rémunérés ponctuellement à la prestation. Certains patients expriment parfois le désir de poursuivre des prises en charge avec des acteurs extérieurs libéraux comme des IDE, des kinésithérapeutes, des orthophonistes ou des ergothérapeutes. Enfin, toute cette prise en charge s'articule autour du patient. L'Had ne peut être en aucun cas imposée et il est nécessaire que le patient soit en accord avec cette prise en charge pour assurer une bonne observance des soins et une adhésion au projet global.

### **3.4 L'admission en HAD**

L'admission en HAD se fait sur prescription médicale. Le médecin prescripteur est le plus souvent un médecin hospitalier à la suite d'une hospitalisation conventionnelle. L'autre prescripteur peut être le médecin traitant du patient. L'un comme l'autre, ils doivent adresser leurs demandes à la structure d'HAD. Une feuille de préadmission propre à chaque service d'HAD permet de recueillir les principales informations indispensables à la prise en charge du patient. Ensuite, une visite de préadmission est organisée au chevet du patient avec l'infirmier coordinateur de l'HAD et en présence si possible du médecin prescripteur. Elle a pour but de définir avec précision de quels soins le patient aura besoin, à quelle fréquence, pour quelle durée. Elle permet d'évaluer l'entourage du patient et sa propre motivation sur un éventuel retour à domicile. Cette visite de préadmission est très importante car elle est le premier contact établi entre le patient et l'équipe médico-soignante qui va le suivre au domicile. Elle permet aussi de faire le point sur les besoins matériels des patients (lits médicalisés fauteuils, pieds à perfusion, matelas anti escarres...). A l'issue de cette visite, l'admission est prononcée par le médecin coordonnateur sous réserve de l'accord du médecin traitant. Un projet thérapeutique est établi et proposé au patient en accord avec le médecin prescripteur.

## **4 Médecin généraliste et HAD**

### **4.1 Rôle du médecin généraliste**

Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD le médecin généraliste a un rôle essentiel. La circulaire du 01 décembre 2006 (10), le définit comme « le pivot dans l'organisation d'une HAD » et précise quel est son rôle dans une prise en charge en HAD. S'il n'est pas le prescripteur, son accord est néanmoins indispensable à la mise en place d'une HAD. Il est consulté par les équipes paramédicales dans les suites de la visite de préadmission. Il contribue avec cette même équipe à l'élaboration du projet thérapeutique pour le patient. Il s'engage à assurer des visites périodiques et surveiller la bonne réalisation des soins. Il est présent du début de l'HAD à la fin. En effet, il est sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD dès sa désignation par le patient, mais sera également consulté pour mettre fin à la prise en charge. Le plus souvent, il est désigné par le patient lui-même. Il signera une charte avec l'HAD responsable qui scelle l'accord de soins et cette collaboration.

### **4.2 Médecin généraliste prescripteur**

A ce jour, les médecins généralistes restent, toutes régions confondues, minoritaires dans la prescription d'un HAD. Ils n'en sont à l'origine que dans 5% des cas.

La DREES (direction recherche étude évaluation et statistiques), a publié une étude en 2011(4), réalisée sur un panel de cinq régions françaises (Basse Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence alpes cotes d'Azur, Pays de la Loire) sur la prescription d'une HAD par des médecins généralistes. Il en ressortait alors que, parmi les 46% des médecins interrogés possédant un service d'HAD dans leur région d'exercice, 21% n'ont pas orienté de patients à cause des démarches administratives jugées trop lourdes. La deuxième raison invoquée à cette

faible prescription est l'éloignement des patients, leur isolement social et psychoaffectif, faisant penser aux médecins qu'une hospitalisation conventionnelle est plus adaptée.

Une thèse de 2008 sur l'intérêt et l'insuffisance de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste, sur le terrain de l'HAD de CREST, explique la sous-utilisation de cette prise en charge par le défaut de communication et d'organisation associée à une méconnaissance des structures d'HAD (11).

En résumé l'HAD est donc une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, adaptée à chaque situation pathologique grâce à l'élaboration d'un projet thérapeutique. Le médecin traitant, qu'il soit prescripteur ou non, a un rôle clef dans ce type de prise en charge. Les patients sont admis d'un service hospitalier ou du domicile et dans certaines circonstances, le médecin généraliste peut en devenir le prescripteur.

### **III. MATERIEL ET METHODES**

#### **1 Choix de la méthode**

Afin d'analyser les circonstances de prescription d'HAD par les médecins généralistes, nous avons choisi d'étudier les demandes sur deux HAD du Nord pas de Calais, l'HAD du CHRU de Lille : HOPIDOM et l'HAD Flandre Lys d'Hazebrouck. Il s'agit d'une étude analytique rétrospective.

#### **2 Matériel**

Le recueil des informations sur les demandes d'HAD, s'est donc fait auprès de deux sites :

- L'Hopidom du CHRU de Lille ;
- L'HAD Flandre lys du CH d'Hazebrouck.

#### **3 Recueil des données :**

Nous avons recueilli les dossiers auprès de ces deux services avec comme critères d'inclusion :

- Le médecin traitant est le prescripteur de l'HAD ;
- Séjours et demandes réalisées entre le 01/01/09 et 01/01/2012 (pour des raisons d'accessibilité les dossiers de 2009, archivés sur Hazebrouck, n'ont pas été traités);
- Demandes acceptées et refusées par les services d'HAD ;
- Patient admis du domicile ;
- Patients adultes.

Les critères d'exclusion étaient :

- Demande d'HAD faite par tout autre médecin qu'un médecin généraliste ;

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

- Prescription de l'HAD par un service ou un médecin hospitalier en relai d'une hospitalisation conventionnelle ;
- Demandes relevant de la pédiatrie ;
- Demandes relevant de soins de périnatalité.

Grâce au travail de recherche des secrétaires, nous avons recueilli un certain nombre de dossiers exploitables dans les deux services. Nous nous sommes rendus sur les deux sites afin de recueillir les données.

## **4 Traitement des données**

Les informations contenues dans ces dossiers de demande ont été traitées selon plusieurs critères afin de définir de façon précise les circonstances de prescription.

Afin de recueillir ces informations, nous nous sommes basés sur les éléments qui ont été notés lors de la constitution du dossier de préadmission.

### **4.1 Critères Sociaux**

#### **4.1.1 Age**

Dans une première partie, nous avons recueilli l'âge des patients au moment de la demande. Nous les avons classés en deux groupes, âge inférieur à 60 ans et âge supérieur à 60 ans.

#### **4.1.2 Mode de vie**

Soit le patient a un domicile personnel, soit le patient est hébergé en EHPAD ou en Maison de retraite.

Pour les patients ayant un domicile personnel, nous avons relevé l'entourage du patient :

Soit le patient est sans aidants familiaux, il vit seul et n'a pas d'autres aidants nous l'avons alors considéré comme isolé. Soit il est dans la situation ou un entourage familial et /ou amical est mentionné, dans ce cas nous avons considéré qu'il bénéficie d'aidants familiaux.

#### 4.1.3 Aides en place

Parmi les patients vivant à leur domicile, nous avons pris en compte les réseaux de soins déjà en place :

- SSIAD ;
- IDE ;
- Auxiliaire de vie ;
- Réseau de soins palliatifs intervenant déjà dans le maintien au domicile.

## 4.2 Critères médicaux

### 4.2.1 Pathologie principale

Nous avons relevé la pathologie principale de chaque patient pour lequel une demande était déposée.

Nous avons relevé les principales pathologies et les avons classées en grands groupe.

- Pathologie néoplasique ;
- Pathologie neuro dégénérative ;
- Pathologie neuro vasculaire ;
- Insuffisance viscérale sévère ;
- Dénutrition ;
- Pathologie rhumatismale ;
- Pathologie infectieuse ;
- Anémie ;
- Myélodysplasies ;

- Escarres ;
- Inconnu ou autre.

#### 4.2.2 Motif des soins

Nous avons relevé la demande du médecin telle qu'elle est exprimée dans les dossiers.

Le principal motif pour lequel le médecin traitant sollicite une prise en charge de type HAD.

#### 4.2.3 Etat clinique

Elle précise l'état du patient par rapport à l'évolution de la maladie au moment où est faite la demande. Nous le retrouvons précisé dans tous les dossiers, dans l'histoire de la maladie.

#### 4.2.4 Indice de Karnofsky après évaluation par l'HAD

Cet indice calculé selon l'état du patient renseigne sur l'autonomie du patient et donc de façon directe sur la quantité et la qualité des soins qu'il va nécessiter.

L'information est toujours présente dans les dossiers puisque le patient est toujours évalué grâce à ce score en cas de demande de prise en charge en HAD.

### **4.3           Projet thérapeutique en HAD :**

#### 4.3.1 Type de soins

A la lumière des infos médico-sociales constituant le dossier de demande de prise en charge, l'équipe d'HAD propose un projet thérapeutique.

Selon le projet thérapeutique proposé nous l'avons d'abord classé en type de soins :

- Soins continus ;
- Soins ponctuels ;
- Réadaptation.

#### 4.3.2 Mode de prise en charge

Puis selon le projet thérapeutique proposé par l'HAD nous avons regroupé les demandes par mode de prise en charge principale et secondaire ou associé. En premier lieu, le mode de prise en charge principale retenu pour la demande.

Ensuite nous avons relevés les modes de prise en charge secondaire quand ils étaient présents.

Nous avons utilisé les définitions officielles du guide méthodologique HAD.

- Mode de prise en charge principale et secondaire

01-Assistance respiratoire

02-Nutrition parentérale

03-traitement intraveineux

04-Soins palliatifs

05-Chimiothérapie

06-Nutrition entérale

07-Prise en charge de la douleur

08-autres traitements

09-pansements complexes et soins spécifiques

10-post traitement chirurgical

11-rééducation orthopédique

12-rééducation neurologique

13-surveillance post chimiothérapie anticancéreuse

14-Soins de nursing lourds

15-Education du patient ou de son entourage

17-surveillance de radiothérapie

18-Transfusion sanguin

24-surveillance aplasie

25-prise en charge psychologique et ou sociale.

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

Enfin les demandes analysées sont classées en deux grands groupes :

- Les demandes à l'origine d'un séjour en HAD (les demandes acceptées) ;
- Les demandes qui ont fait l'objet d'un refus de la part du service d'HAD.

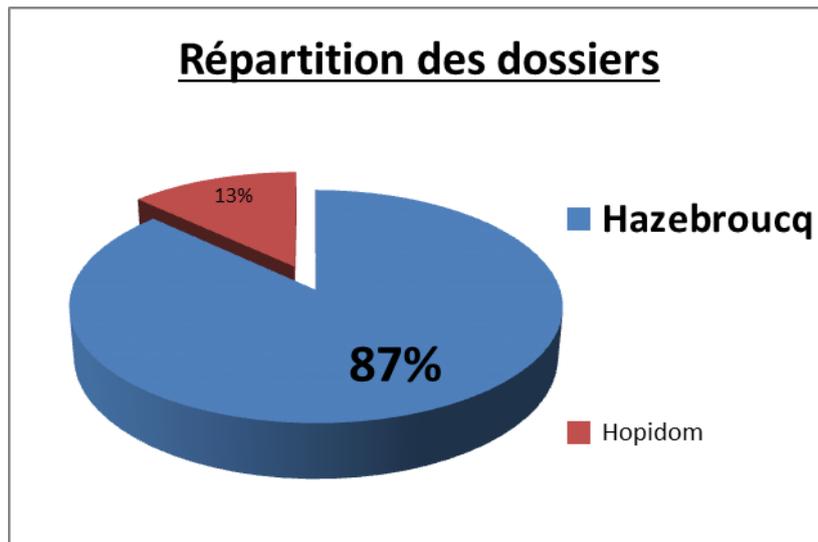
## IV. RESULTATS

### 1 Nombre de dossiers et traitement des demandes

Le nombre total de dossier exploitable était de 130.

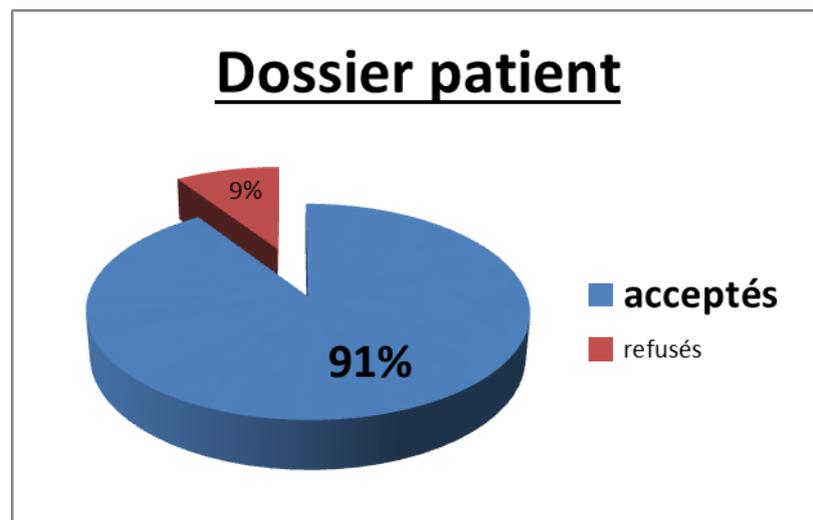
La répartition était de 113 pour l'HAD d'Hazebrouck et 17 pour Holidom.

Soit : 87% pour Hazebrouck et 13% pour Holidom.



Sur les 130 dossiers de demande analysés :

- 118 ont été acceptés toutes origines confondues soit 91% des demandes ;
- 12 ont été refusés toutes origines confondues soit 9% des demandes.



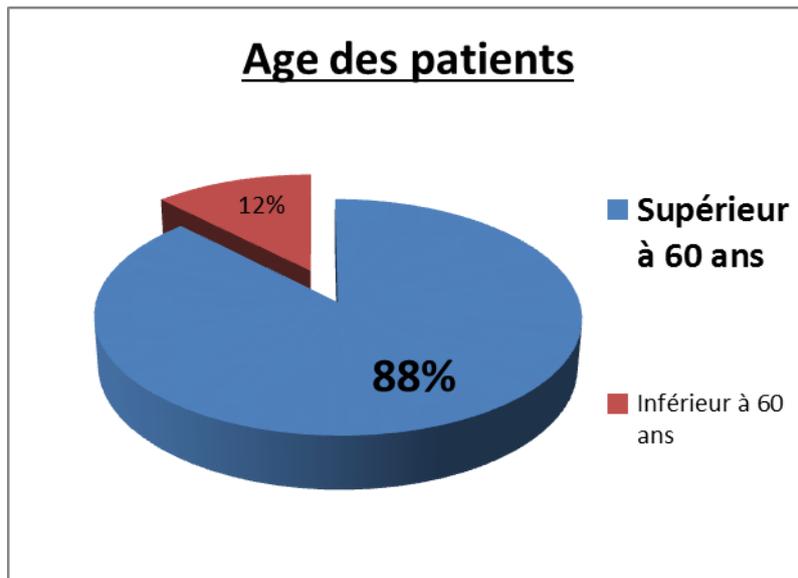
## 2 Les critères d'analyse

### 2.1 Critères sociaux

#### 2.1.1 Age du patient

Le nombre de patients de moins de 60 ans était : 16 soit 12% des patients.

Le nombre de patients de plus de 60 ans était : 114 soit 88 % des patients.

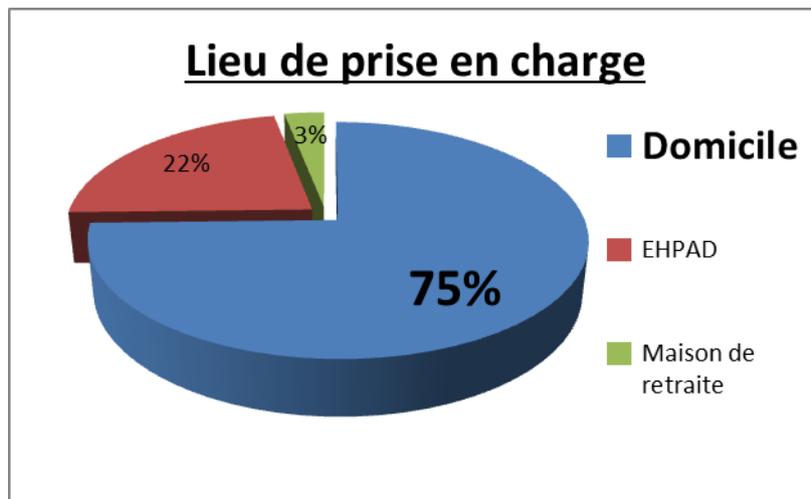


#### 2.1.2 Mode de vie

- *Lieu de prise en charge*

Parmi les 130 dossiers, le lieu de vie des patients était :

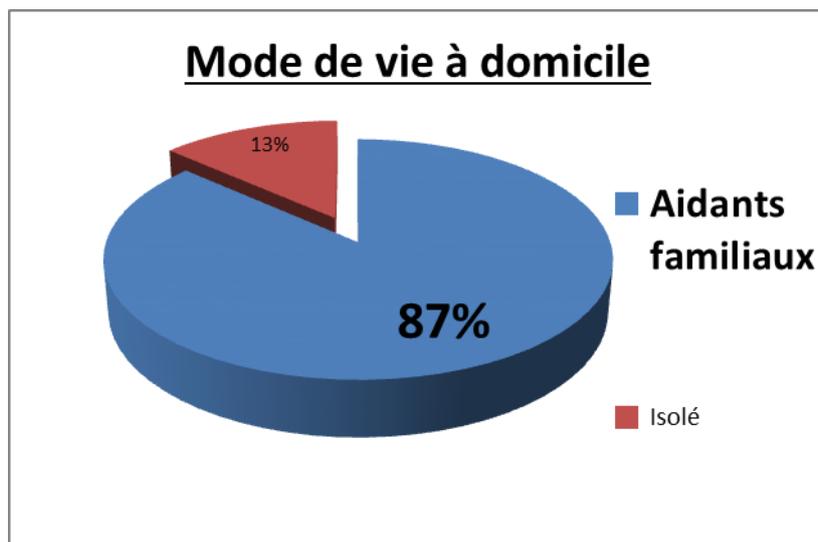
- Leur domicile propre pour 97 d'entre eux soit 75% ;
- La maison de retraite pour 4 d'entre eux soit 3% ;
- Une EHPAD pour 29 d'entre eux soit 22 %.



- *Entourage des patients au domicile*

Après l'analyse des 130 dossiers, nous retrouvons :

- 86 patients bénéficiant d'aidants familiaux, soit 87% ;
- 13 patients isolés sans aidants familiaux, soit 13%.



- *Autres aidants*

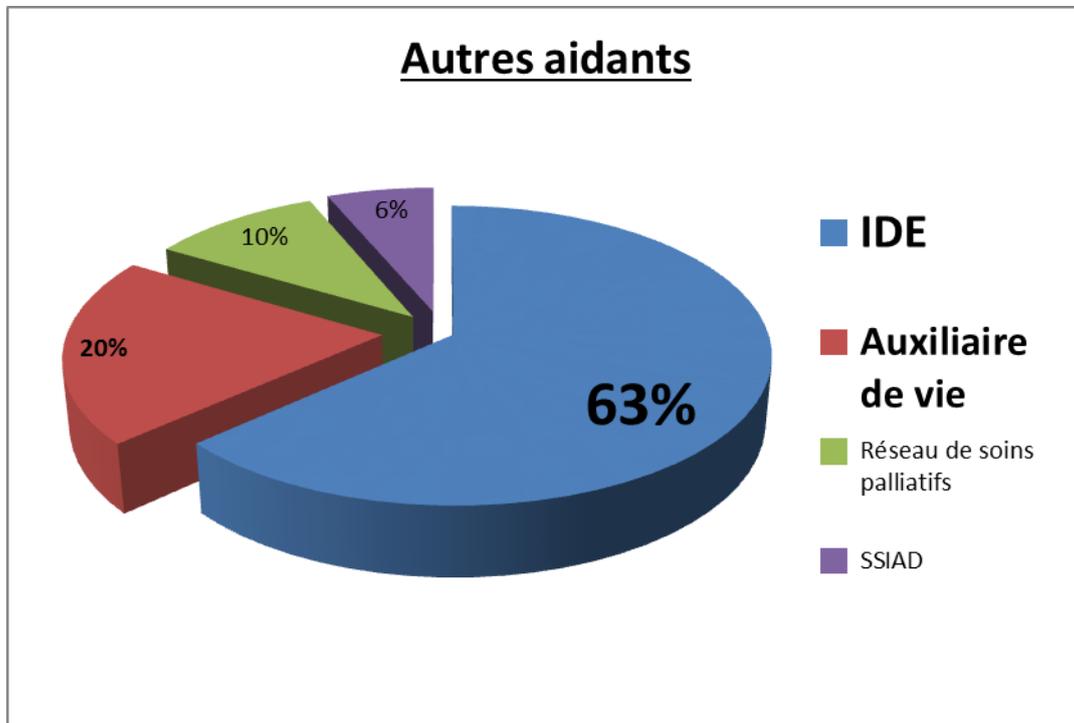
Parmi les 130 dossiers, 79 patients bénéficiaient d'autres aides professionnelles, soit 60% d'entre eux.

Parmi ces autres aidants :

- 8 patients étaient inclus dans un réseau de soins palliatifs soit 10% ;

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

- 16 patients disposaient d'une auxiliaire de vie à domicile soit 20% ;
- 50 patients disposaient d'une infirmière diplômée d'état soit 63% ;
- 5 patients étaient pris en charge par le SSIAD soit 6%.



## 2.2 Critères médicaux

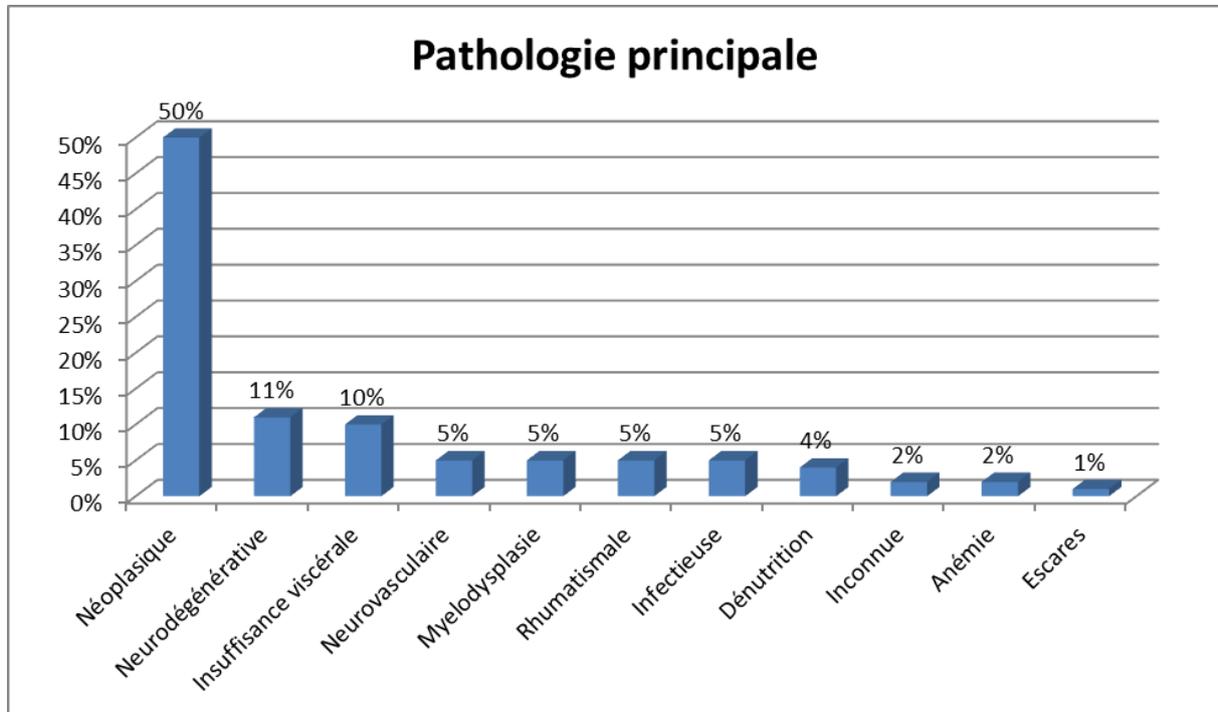
### 2.2.1 Pathologie principale

Parmi les pathologies principales présentées par les patients, nous relevons :

- 65 patients présentaient une pathologie néoplasique soit 50% ;
- 14 patients présentaient une pathologie neuro dégénérative soit 11% ;
- 13 patients présentaient une insuffisance viscérale soit 10% ;
- 6 patients présentaient une pathologie neuro vasculaire 5% ;
- 6 patients présentaient une pathologie myélodysplasique soit 5% ;
- 6 patients présentaient une pathologie rhumatismale soit 5% ;
- 6 patients présentaient une pathologie infectieuse soit 5% ;

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

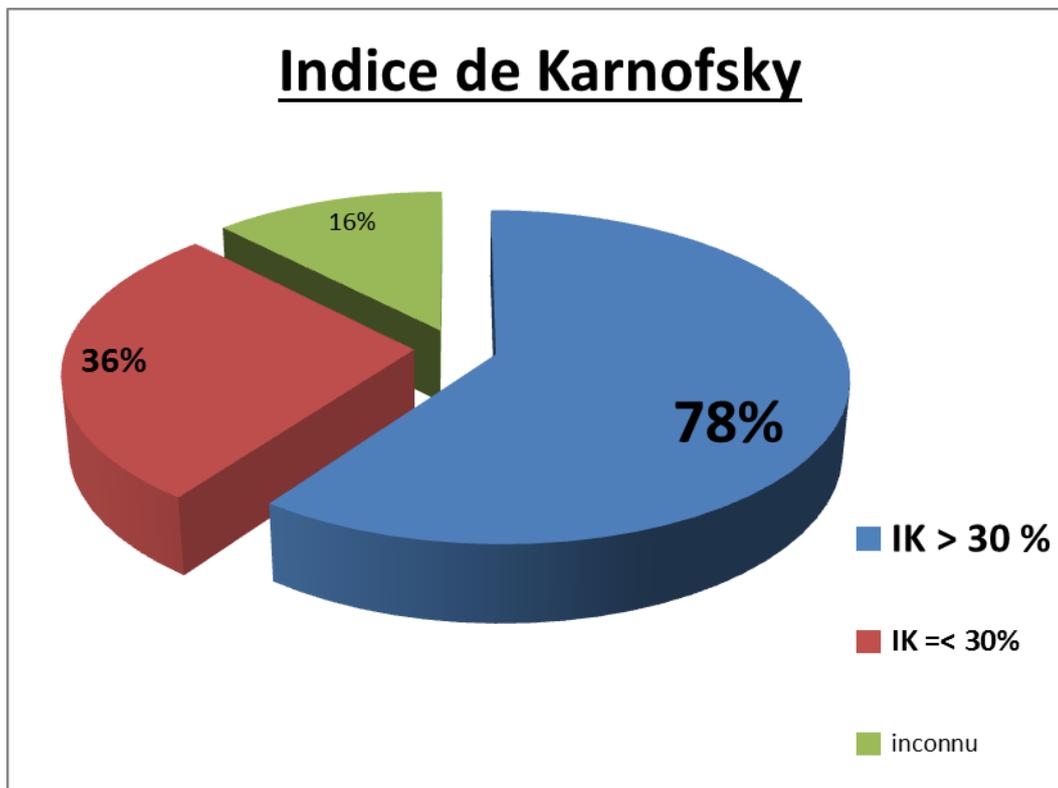
- 5 patients présentaient une dénutrition soit 4% ;
- 3 patients pour lesquels la pathologie principale était inconnue soit 2% ;
- 3 patients présentaient une anémie soit 2% ;
- 2 patients présentaient des escarres soit 1%.



### 2.2.2 Indice de Karnofsky selon HAD

Après analyse des demandes :

- 36 patients avaient un Indice de Karnofsky inférieur ou égal à 30% ;
- 78 patients avaient un indice de Karnofsky supérieur à 30% ;
- 12 patients avaient un indice de Karnofsky inconnu.



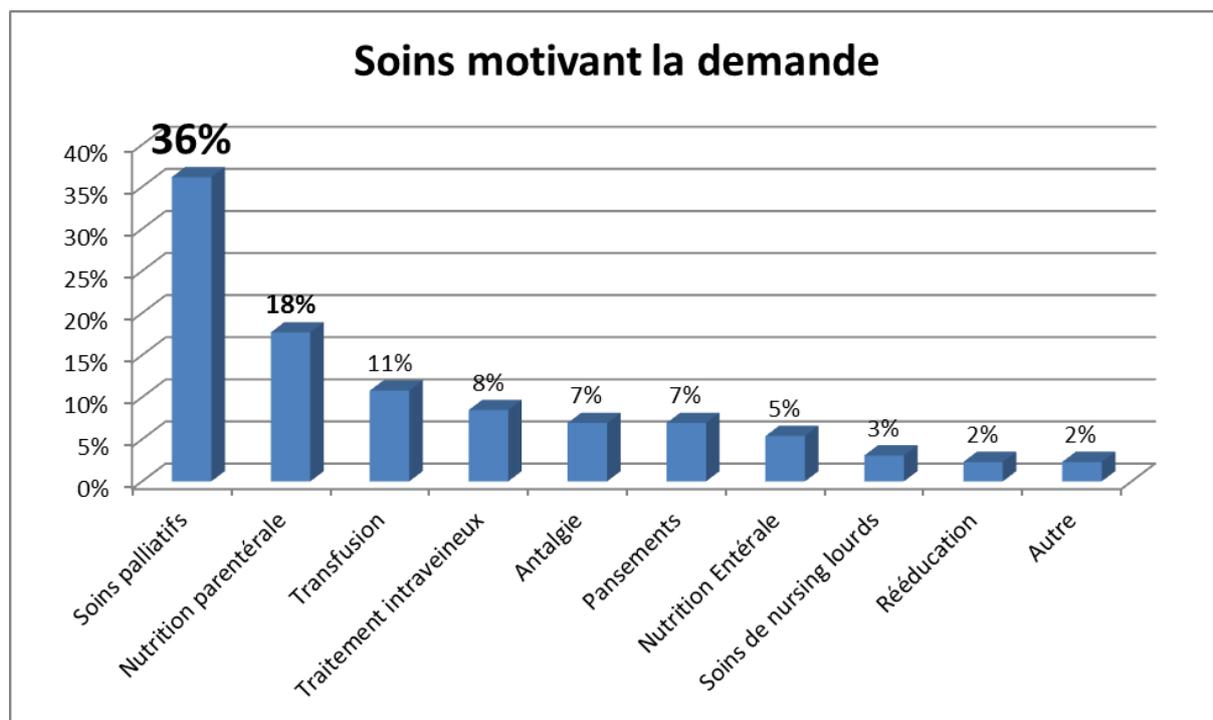
#### 2.2.3 Soins motivant la demande

Parmi les 130 dossiers, nous relevons comme motif des soins :

- Des soins palliatifs pour 47 patients soit 36% ;
- Une nutrition parentérale pour 22 patients soit 18% ;
- Une transfusion pour 14 patients soit 11% ;
- Un traitement intraveineux pour 10 patients soit 8% ;
- Une antalgie pour 9 patients soit 7% ;
- Des pansements complexes pour 9 patients soit 7%,
- Une nutrition entérale pour 6 patients soit 5% ;
- Des soins de nursing lourds pour 4 patients soit 3% ;
- Rééducation fonctionnelle pour 3 patients soit 2% ;

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

- Un autre motif (lavage vésicale, oxygénothérapie, maintien simple à domicile) pour 3 patients soit 2%.

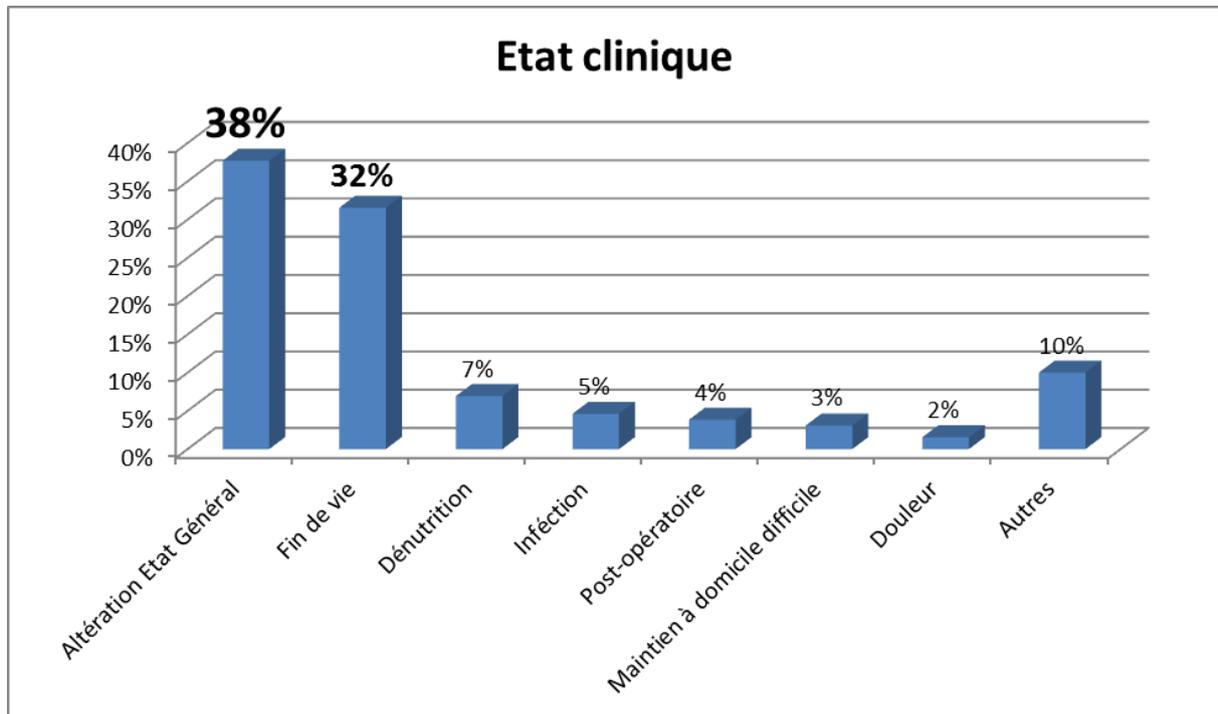


#### 2.2.4 Etat clinique

Sur les 130 dossiers, nous relevons :

- 49 patients présentaient une altération de l'état général soit 38% ;
- 42 patients étaient en fin de vie soit 32 % ;
- 9 patients présentaient un état de dénutrition soit 7 % ;
- 6 patients une infection soit 5 % ;
- 3 patients étaient adressés en post opératoire soit 2% ;
- 4 patients étaient adressés pour un maintien à domicile difficile soit 3 % ;
- 2 patients pour un état douloureux soit 2 % ;
- 13 patients présentaient un état clinique autre soit 10%.

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

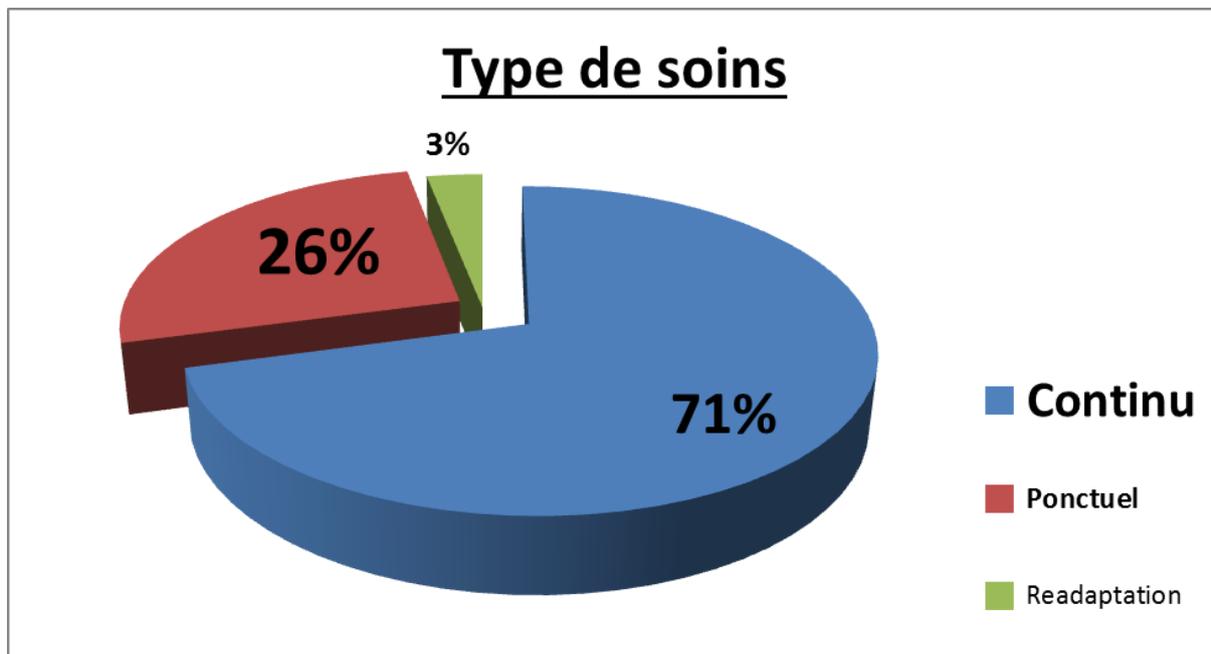


## 2.3 Projet Thérapeutique en HAD

### 2.3.1 Les types de soins

Après analyse des dossiers les types de soins retrouvés étaient :

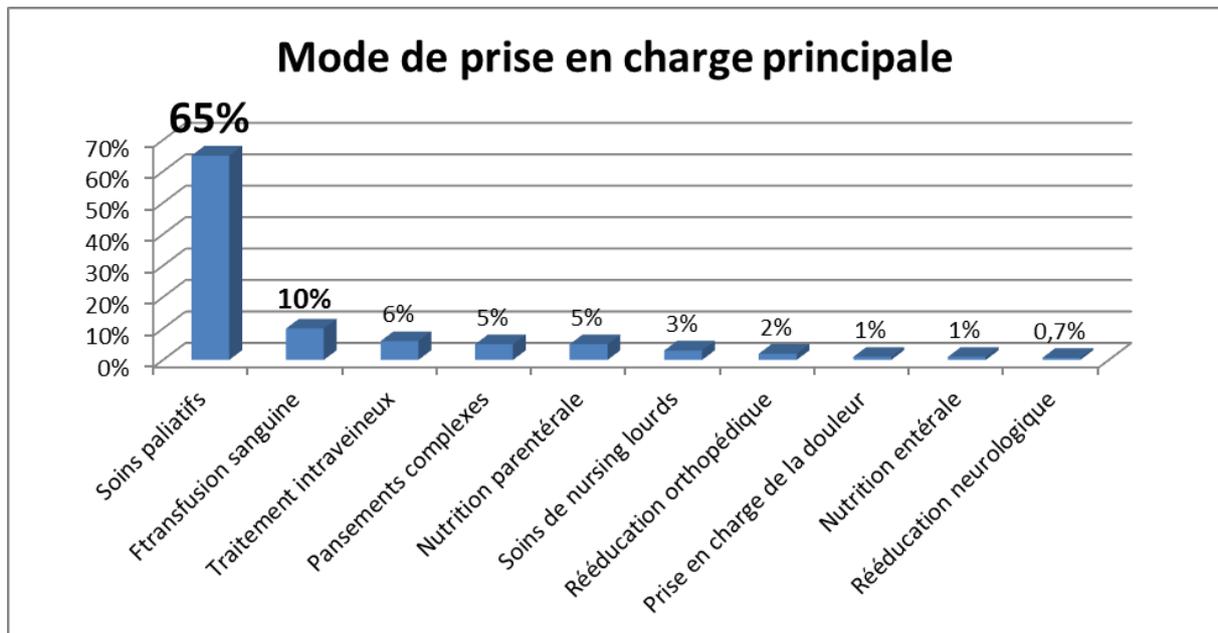
- Des soins continus pour 71 % des dossiers soit 92 patients ;
- Des soins de réadaptation pour 26% des dossiers soit 34 patients ;
- Des soins ponctuels pour 3% des dossiers soit 4 patients.



#### 2.3.2 Mode de prise en charge principale

On retrouvait 10 modes de prise en charge principaux différents par ordre de fréquence :

- *Soins palliatifs* pour 85 dossiers soit 65% ;
- *Transfusion sanguine* pour 13 dossiers soit 10% ;
- *Traitement intraveineux* pour 8 dossiers soit 6% ;
- *Pansements complexes* pour 6 dossiers soit 5% ;
- *Nutrition parentérale* pour 6 dossiers soit 5% ;
- *Soins de nursing lourds* pour 4 dossiers soit 3% ;
- *Rééducation orthopédique* pour 3 dossiers soit 2% ;
- *Prise en charge de la douleur* pour 2 dossiers soit 1% ;
- *Nutrition entérale* pour 2 dossiers soit 1% ;
- *Rééducation neurologique* pour 1 dossier soit 0,7% .



### 2.3.3 Les modes de prise en charge secondaire

Sur les 130 dossiers traités :

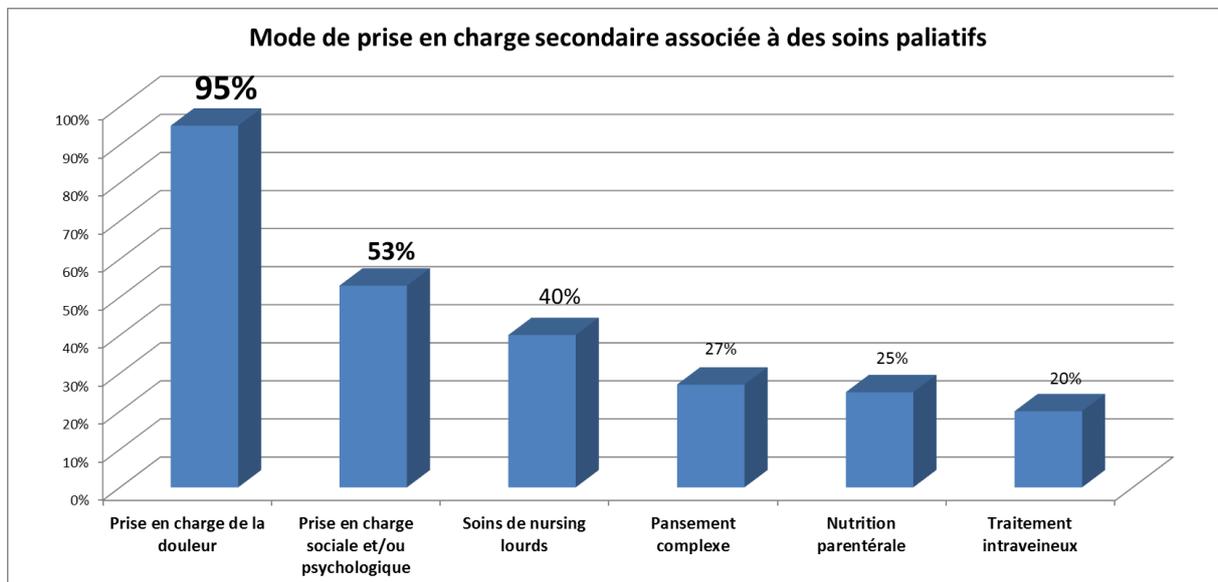
- 100 ont un mode de prise en charge secondaire soit 77% ;
- 30 n'ont pas de mode de prise en charge secondaire soit 23%.

En fonction du mode de prise en charge principal, nous retrouvons :

#### ➤ Pour des soins palliatifs

100% des dossiers ont un mode de prise en charge secondaire associé, soit :

- Une prise en charge sociale et/ou psychologique associée dans 53% des cas, (45 dossiers sur 85) ;
- Une prise en charge de la douleur dans 95 % des cas (82 dossiers sur 85) ;
- Des soins de Nursing lourds associés dans 40% des cas (34 dossiers sur 85) ;
- Une nutrition parentérale associée dans 25% des cas (21 dossiers sur 85) ;
- Un pansement complexe associé dans 27% des cas (24 dossiers sur 85) ;
- Un traitement intraveineux associé dans 20% des cas (17 dossiers sur 85).



- **Pour une transfusion** : 1 dossier sur 13 a un mode de prise en charge associé soit 8%.  
Pour le dossier concerné, il s'agit de soins de pansement complexe.
- **Pour un traitement intraveineux** : 3 dossiers sur 8 soit 37 % ont un mode de prise en charge associé, à savoir :
  - Une prise en charge de la douleur dans 2 dossiers sur 3 ;
  - Une prise en charge psychologique et ou sociale pour 1 dossier sur 3 ;
  - Une assistance respiratoire pour 1 dossier sur 3 ;
  - Des pansements complexes et des soins spécifiques pour 1 dossier sur 3.
- **Pour des pansements complexes** : 2 dossiers sur 6 avaient un mode de prise en charge secondaire soit 33%, à savoir :
  - Des soins de nursing lourd étaient associés pour les 2 dossiers ;
  - Une prise en charge psychologique et ou sociale dans 1 dossier sur 2 ;
  - Une prise en charge de la douleur dans 1 dossier sur 2 ;
  - Une nutrition parentérale dans 1 dossier sur 2.

- **Pour une nutrition parentérale** : 1 dossier sur 6 (soit 17%) avait un mode de prise en charge associé. Pour le dossier concerné, il s'agit d'un traitement intraveineux.
- **Pour des soins de nursing lourds** : 2 dossiers sur 4 (soit 50%) avaient un mode de prise en charge associé, à savoir :
  - 1 dossier sur 4 avait des soins de pansements complexes associés ;
  - 1 dossier sur 4 avait une nutrition entérale associée.
- **Pour la rééducation orthopédique** : 2 dossiers sur 3 (soit 66%) avaient un mode de prise en charge associé, à savoir :
  - 1 dossier avait une prise en charge de la douleur associé ;
  - 1 dossier avait une prise en charge post traitement chirurgical associé.
- **Pour la prise en charge de la douleur** : 1 dossier sur 2 (soit 50%) avait un secondaire associé. Pour le dossier concerné, il s'agit d'un traitement intraveineux.
- **Pour la nutrition entérale** : 2 dossiers sur 2 ont un mode secondaire associé. Pour les deux il s'agissait de soins de nursing lourds associés.
- **Pour la rééducation neurologique**

Pour le seul dossier concerné nous relevions 4 modes de prise en charge associés :

- Des soins de pansements complexes ;
- Une nutrition parentérale ;
- Une surveillance de radiothérapie ;
- Un traitement intraveineux.

## **V. DISCUSSION**

### **1 Bien-fondé de la méthode**

#### **1.1 Recueil des données**

Nous avons recueilli les dossiers de façon rétrospective traités entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les dossiers étant archivés pour la plupart, nous n'avons pas eu accès à tous ceux qui pouvaient correspondre aux critères d'inclusion. D'autre part, beaucoup de dossiers étaient très anciens et incomplets. Les feuilles de préadmissions n'étaient pas toujours remplies et beaucoup des critères médicosociaux n'étaient pas renseignés. Un certain nombre de données sont inconnues dans les résultats. Dans 2% des dossiers la pathologie principale est inconnue, et l'indice de Karnofsky n'est pas évalué dans 12 dossiers sur 130.

Le nombre de dossiers exploitable était de 130 avec une proportion de 113 pour l'HAD d'Hazebrouck et 17 pour Hopidom. Ces deux structures, présentent un certain nombre de différences ce qui peut expliquer le déséquilibre dans l'origine des dossiers traités.

#### **1.2 Le Terrain**

Hopidom est une structure récente, qui a été créée en janvier 2009. Elle est située au cœur du CHRU de Lille Métropole et est donc en lien direct avec les différents services hospitaliers. Il s'agit d'une HAD publique. Elle est composée d'un secteur adulte et périnatal mais depuis peu, aussi pédiatrique et néonatale. La disponibilité est de 30 lits adulte pour un taux d'occupation à 94%. En 2011, le nombre de séjours enregistrés était de 1024 dont 387 pour des patients adultes. Les principaux prescripteurs sont en premier lieu les services du CHRU de Lille avec parmi eux surtout : l'oncologie, l'hématologie et le service des maladies infectieuses. Mais cette HAD reçoit aussi des demandes de médecins généralistes bien qu'elles soient minoritaires : environ 2%. Hopidom s'adresse à un secteur urbain et semi

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

rural. Elle est sur le même secteur que deux autres HAD. Quand ils travaillent avec Hopidom, les médecins généralistes ne sont pas directement payés à l'acte par les patients mais par l'HAD, à l'issue de la prise en charge. Ce mode de rémunération peut être un frein pour une collaboration avec Hopidom par rapport aux autres HAD du secteur où le patient règle directement le médecin. La situation est la même avec l'HAD d'Hazebrouck.

L'HAD Flandre Lys, se trouve dans la ville d'Hazebrouck. C'est une structure plus ancienne qu'Hopidom. Elle dépend du centre hospitalier d'Hazebrouck. Elle est ouverte depuis novembre 2005. C'est également une HAD publique. Sa capacité d'accueil est similaire à celle d'Hopidom pour le secteur adulte. Elle accueille uniquement des patients adultes et n'a pas de réseau de périnatalité. Les principaux prescripteurs pour cette structure sont en premier lieu les médecins généralistes et au deuxième rang le Centre Hospitalier d'Hazebrouck. En 2011, elle enregistrait 36 % des demandes en provenance de médecins généralistes. Elle n'a pas de concurrence sur son secteur qui lui est essentiellement rural.

La différence dans le nombre de demandes venant des médecins généralistes peut être en partie expliquée par les deux bassins de vie différents où ces deux HAD interviennent. La pluralité de l'offre de soin autour de Lille et de son agglomération est telle, que les recours sont divers et l'HAD n'apparaît peut-être pas comme le premier intervenant à solliciter. Par ailleurs, beaucoup de centres hospitaliers sont à disposition sur le territoire où intervient Hopidom (CH Roubaix, CH de Seclin, CHRU, CH Tourcoing).

A Hazebrouck, le recours à l'HAD est peut-être plus évident car le maillage hospitalier sur le même territoire est beaucoup moins dense.

### **1.3 La population**

D'autre part, il est notable que les populations concernées par ces demandes ne sont pas strictement superposables puisque l'une est rurale et l'autre est semi urbaine. Nous avons décidé de ne pas tenir compte de cette différence pour notre étude, considérant que l'attitude

du médecin généraliste devant un patient nécessitant une HAD est la même qu'il exerce en ville ou en milieu rural. Quel que soit le secteur géographique, la démarche de soins, l'accès à l'offre de soins (IDE, kinésithérapeute, SSIAD, AVS, MDPH) et l'accès à des aides sociales comme le FNASS sont les mêmes. Ce sont le plus souvent la densité de ces services et la capacité d'accueil qui diffèrent entre secteur rural et urbain. La différence dans la proportion des dossiers venant de l'une ou l'autre HAD ne nous permet pas non plus de conclure que la prescription est plus fréquente pour un médecin exerçant en zone rurale par rapport à un médecin en zone urbaine et semi rurale. En effet nous avons évoqué plus haut les différences des secteurs d'activité de ces deux HAD avec parmi elles la concurrence sur le terrain. Indépendamment du lieu d'habitation, nous allons voir que c'est la situation médico-sociale du patient qui conditionne une demande de prise en charge en HAD.

## **2 Analyse des résultats**

### **2.1 Les patients et leurs conditions de vie**

#### **2.1.1 Age des patients**

Concernant les critères sociaux, la population concernée est majoritairement âgée de 60 ans ou plus. Cet âge moyen est en corrélation avec l'âge moyen des patients admis en HAD selon le rapport d'activité de la FNEHAD 2012 hors activité obstétriques et périnatales soit 62,4 ans. (12). D'ailleurs la publication de la DREES de 2011 (4), sondant l'opinion de médecins généralistes sur un panel de 5 régions françaises mettait en évidence le fait que la mission de l'HAD qui intéresse le plus les médecins généralistes est la prise en charge des patients de plus de 60 dans 58% des cas.

Pour ces demandes venant de la médecine générale, ce premier résultat est probablement lié au fait que la dépendance est plus fréquente dans cette population d'une façon générale.

D'autres parts la fréquence des pathologies chroniques est plus fréquente dans cette population d'âge moyen supérieur à 60 ans, ce qui en fait des patients candidats à une HAD.

### 2.1.2 Evaluation de la dépendance : L'indice de Karnofsky

Après évaluation par l'HAD, l'indice de Karnofsky donne une idée du niveau de dépendance des patients et donc des aides à mettre en place. Nous avons retenu deux grands groupes volontairement sur une échelle de 10 à 100%. Les patients présentant un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 30%, qui ont une dépendance importante et nécessitent des soins hospitaliers ou équivalents selon la définition. Ils représentaient 36% des dossiers. Pour le reste, 78% des dossiers présentaient un indice supérieur à 30%, donc une dépendance moindre, mais nécessitant cependant des aides pour la vie quotidienne.

Il semble donc que les patients adressés par leur médecin traitant soient relativement autonome. Ils feraient moins appel à l'HAD pour des patients très dépendants qui seraient directement adressés en hospitalisation conventionnelle. Ceci peut être lié à une mauvaise connaissance des possibilités de prise en charge au domicile par les généralistes. Notamment l'offre de soin que peut proposer une HAD, en particulier la fréquence des passages, les soins techniques réalisables au domicile, l'autonomie des équipes paramédicales et la surveillance étroite des patients. De fait, en cas de grande dépendance et altération importante de l'état général, l'hôpital apparaît peut être plus sécurisant aux yeux des médecins mais aussi des familles pour qui, la gestion au domicile peut apparaître difficile. Enfin gérer en HAD un patient très dépendant peut être une charge supplémentaire de travail que ne peut pas forcément assurer le médecin. Visites quotidiennes, soutien de la famille et communication avec l'hôpital, sont des tâches dont l'importance sera proportionnelle à la dépendance du patient. Cependant, l'HAD offre justement ici une opportunité de réduire la charge de travail qui incombe au généraliste, qui ne se retrouve plus seul devant un patient dépendant. Il partage alors la responsabilité médicale et l'organisation des soins avec le médecin

coordonnateur et l'ensemble de l'équipe paramédicale. En plus des soins, l'HAD pourra pour des patients très dépendants, livrer les thérapeutiques au domicile, faire les démarches sociales, informer le médecin généraliste de l'état du patient et de ses besoins si ce dernier ne peut pas se déplacer et assurer le relai et la communication avec l'hôpital.

### 2.1.3 Mode de vie des patients

- *EHPAD et prescription d'HAD :*

Dans cette étude, les patients concernés par ces demandes sont essentiellement des patients vivant à leur domicile, plus rarement en maison de retraite et enfin de façon anecdotique en EHPAD. Pour l'EHPAD cette minorité de demandes peut être liée au fait que la collaboration avec les HAD est relativement récente, et encore peu développée. En effet l'intervention de l'HAD en EHPAD est possible depuis février 2007. De plus il semble qu'il ne soit pas une évidence de conserver un suivi avec son médecin traitant habituel pour un patient entrant en EHPAD. La collaboration médecins libéraux EHPAD est contractualisée depuis avril 2011, ce qui freine de nombreux praticiens pour poursuivre le suivi.

- *Des patients très entourés*

D'autre part, il apparaît aussi que les patients retrouvés dans cette étude, sont en majeure partie bien entourés. Dans 87 % des cas nous notons un entourage familial. Dans la publication de la DREES de février 2011 (4), nous retrouvons que parmi les médecins généralistes ayant déjà eu recours à l'HAD, au cours des 12 derniers mois et ayant préféré l'hôpital à l'HAD pour le dernier patient, 51% ont motivé leur choix par l'isolement socio familial de ce dernier. Il apparaît donc que l'isolement familial du patient est le premier frein pour envisager ou non une HAD aux yeux de leurs médecins traitants. Par contre dans 28% des cas, ils justifiaient leur préférence pour une hospitalisation conventionnelle à cause de l'isolement géographique qui apparaît être un frein à une prise en charge de qualité en HAD.

Quand il vit à domicile, dans toutes les demandes, le patient bénéficie déjà d'autres aides paramédicales. Dans 65% des cas une IDE, mais aussi des auxiliaires de vie dans 20% des cas. Cela signifie que l'idée d'une HAD est plutôt évoquée devant des situations chroniques où des aides à domicile ont déjà été expérimentées, ou des situations se dégradant progressivement, plutôt qu'une perte brutale d'autonomie ou une pathologie aiguë. Il semblerait qu'une hospitalisation conventionnelle soit plus sécurisante aux yeux du médecin généraliste quand la situation pathologique est aiguë ou d'installation brutale.

- *HAD et patients en réseau*

Enfin plus rarement une HAD est demandée pour des patients étant déjà pris en charge dans des réseaux de soins palliatifs ou de maintien à domicile type SSIAD. Ces chiffres sont également corroborés par les résultats de la publication de la DREES (4) qui retrouve, que la prescription d'une HAD quand elle est disponible dans la zone d'exercice, est plus importante chez les médecins adhérant à des réseaux de soins. Comme si l'habitude de travailler en collaboration les rendait plus enclin à recourir à une HAD. Ils sont peut-être aussi plus renseignés sur les structures de soins disponibles et les réseaux locaux d'HAD.

## **2.2 Les pathologies**

Nous avons classé en grands groupes les principales pathologies que présentent les patients adressés. Il nous a paru important de souligner ce diagnostic initial. En effet il existe souvent une absence de lien entre le diagnostic et le mode de prise en charge. Ce qui souligne, que l'HAD est centrée sur les soins à apporter au patient plus que sur la maladie elle-même.

### **2.2.1 Néoplasie : la principale pathologie**

Un cancer constitue la pathologie principale dans 50% des demandes. Selon l'épidémiologie des cancers éditée en 2010 par l'institut national des cancers (13), l'âge moyen au diagnostic d'une pathologie cancéreuse était estimé à 64 ans chez la femme et 67 ans chez l'homme en

2005. La fréquence de cette pathologie dans la population étudiée peut être corrélée à l'âge moyen retrouvé, soit supérieur à 60 ans dans 88%. Ce chiffre est superposable aux données du rapport d'activité de la FNEHAD 2012 qui retrouve 1,3 million des journées d'HAD en 2012 en rapport avec une pathologie cancéreuse, soit près d'un patient sur 3 (12). D'autre part, ces pathologies induisent souvent des situations d'altération de l'état général s'installant de façon progressive. Ce sont des états pathologiques parfois chroniques nécessitant de nombreuses ré-hospitalisations, pour lesquelles les effets secondaires des traitements comme les chimiothérapies sont parfois invalidants. Pour toutes ces raisons, la pathologie cancéreuse, semble être parfaitement adapté pour une prise en charge en HAD à tous les stades d'évolution.

#### 2.2.2 Les pathologies neurodégénératives et l'HAD, intérêt du maintien au domicile

Les pathologies neurodégénératives, sont les deuxièmes pathologies retrouvées par ordre de fréquence. Il s'agit essentiellement de la Maladie d'Alzheimer ou d'une Maladie de Parkinson. En cas de troubles du comportement mettant en jeu la vie du patient et de son entourage une hospitalisation conventionnelle est recommandée chez le patient Alzheimer (14). Pour tous les autres cas de dépendance liée à la maladie, pourvu que l'entourage familial du patient soit présent, une hospitalisation à domicile peut être envisagée. L'entourage du patient devient un élément clef pour ce type de prise en charge. De fait, il faut établir un équilibre entre ce que peut supporter la famille, et le bénéfice pour le patient à ne pas subir une hospitalisation qui pourrait majorer des troubles cognitifs (par exemple dans le cas d'une maladie d'Alzheimer). En effet, il est reconnu qu'une hospitalisation, comme un deuil, une agression ou un déménagement, peuvent être à l'origine d'un syndrome confusionnel chez une personne présentant des prédispositions à des troubles cognitifs (15). Dans ce type de pathologies, l'HAD peut prendre tout son sens avant qu'une institutionnalisation ne soit

indispensable, pour maintenir le plus longtemps possible les patients dans leur environnement habituel et le confort de leur maison. De plus comme les pathologies cancéreuses, l'évolution de ces troubles Neuro-dégénératifs peut déboucher sur des soins spécifiques type nutrition entérale ou parentérale qui par le biais de l'HAD, pourront aussi être poursuivis au domicile.

### 2.2.3 Insuffisance viscérale et HAD, intérêt de l'ETP

Avec la même fréquence, nous retrouvons une insuffisance viscérale sévère comme pathologie principale dans les 130 dossiers étudiés. Il s'agit principalement, d'insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale et insuffisance hépatique. Par le handicap majeur induit, ces situations pathologiques chroniques sont également adaptées à une hospitalisation à domicile. Dans ces situations, l'éducation thérapeutique des patients qui est une des missions de l'HAD, peut prendre tout son sens. L'intérêt étant de poursuivre un enseignement déjà initié en hospitalisation traditionnelle au retour à la maison. L'apprentissage se faisant alors dans le cadre de vie habituel et impliquant le patient mais aussi son entourage. C'est notamment le cas avec l'HAD d'Hazebrouck qui a développé un programme d'ETP pour les patients insuffisants cardiaques (16).

### 2.2.4 Critères principaux des patients adressés par les médecins généralistes

Les principaux critères médicaux sociaux retrouvés dans ces dossiers, font évoquer l'idée que le médecin généraliste pensera à une prise en charge en HAD pour une situation pathologique chronique plus que pour une situation aiguë. L'état clinique des patients au moment de la demande confirme cette idée. En effet, l'altération de l'état général et la fin de vie sont les deux situations cliniques les plus fréquemment retrouvées. Plus rarement, les patients présentent un état clinique infectieux, une dénutrition, ou une situation post opératoire compliquée, qui relève alors plus de contextes pathologiques aigus. Devant ces situations, il semble que l'hospitalisation traditionnelle soit préférée, probablement encore une fois pour son caractère plus sécurisant.

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

Grâce à cette étude, nous pouvons donc définir un profil de patient devant lequel le médecin généraliste évoquera l'idée d'une prise en charge en HAD. Il s'agit le plus souvent d'un patient de 60 ans ou plus, avec un Indice de Karnofsky supérieur à 30 % vivant à son domicile propre, avec des aidants familiaux et une aide paramédicale dans 60% des cas, le plus souvent une IDE. La pathologie faisant suggérer cette prise en charge est principalement un cancer, et l'état clinique du patient justifiant la demande est soit une altération de l'état général soit une situation de fin de vie.

Il n'existe actuellement pas d'études sur les caractéristiques socio-médicales des patients adressées en HAD par les médecins généralistes. Nous pouvons cependant comparer ce résultat aux chiffres de la FNEHAD, qui sont établis sur l'ensemble des séjours en HAD tout prescripteur confondus pour l'année 2012 (12).

L'âge moyen des patients à l'admission (hors prise en charge obstétricale et périnatale), est de 62,4 ans, avec 53% des séjours concernant des patients de 60 ans et plus. La pathologie principale ou le diagnostic à l'entrée est un cancer pour 1,3 millions de journées en 2012 soit près de 1 patient sur 3. Enfin le niveau d'autonomie est comparable puisque l'IK moyen est de 45,8% en 2012.

Il apparaît donc que même si le recours à l'HAD n'est pas fréquent, les caractéristiques socio-médicales des patients adressés correspondent aux caractéristiques globales de la population admise en HAD en générale. Les demandes sont donc pertinentes et adaptées aux possibilités de prise en charge la plupart du temps. De fait, sur les 130 dossiers de demande traités, la majorité ont été acceptées et ont été à l'origine d'un séjour en HAD. Ces chiffres laissent donc penser que même si ils y ont rarement recours, les médecins généralistes ont une bonne connaissance des indications générales de prise en charge en HAD.

## 2.3 Les soins

Au vu des informations médico-sociales fournies par le médecin prescripteur, l'HAD va proposer un projet thérapeutique défini par le mode de prise en charge principal, secondaire le cas échéant et le type de soins. L'HAD va proposer une réponse en termes de soins adaptée au motif initial exprimé par le médecin généraliste.

### 2.3.1 La richesse et la polyvalence des soins

La prise en charge proposée par l'HAD, après sollicitation par le médecin généraliste, est analysable en termes de soins proposés ou de projet thérapeutique. Cette étude nous permet de mettre en évidence la polyvalence et la richesse de cette prise en charge. Sur les 130 dossiers nous retrouvons un mode de prise en charge secondaire associé à un mode de prise en charge principal dans 77 % des cas. Le mode de prise en charge principal, est quasiment tout le temps complété par des soins annexes rendant plus complète et toujours plus adaptée à une situation singulière, la prise en charge proposée. Ainsi, par exemple dans ces dossiers quand un traitement intraveineux constitue le soin principal, 37% des patients voient leur prise en charge enrichie par un second axe de soins. Ils bénéficient soit d'une prise en charge de la douleur, de pansements complexes ou encore d'une prise en charge psychologique et social, ou d'une assistance respiratoire. De même par exemple pour des soins de nursing lourds, 2 patients sur 4 avaient en plus des soins de pansements complexes ou une nutrition entérale.

Quel que soit le soin principal, des soins annexes étaient proposés au patient la majeure partie du temps. Cette polyvalence dans la prise en charge permet d'appréhender le patient dans sa globalité tout en répondant à la demande de soin du médecin traitant telle qu'elle est formulée. Analysé par l'œil expert des professionnels de la dépendance comme les équipes d'HAD, elle permet des propositions de soins pour lesquelles le médecin n'aurait pas sollicité l'HAD ou n'aurait parfois même pas envisagé la prise en charge du problème. Ainsi le projet thérapeutique s'établit dans la prise en charge globale du patient. La dimension médicale mais

aussi l'entourage doit être pris en compte. En effet, au cas par cas nous avons pu voir qu'une prise en charge sociale et psychologique peut parfois aussi être proposée. Dans une prise en charge en HAD, le patient n'est pas tant défini par sa pathologie que par ses besoins en termes de soins.

### 2.3.2 L'HAD et les soins palliatifs

Cette richesse des possibilités de prise en charge se vérifie particulièrement pour les demandes d'HAD en cas de soins palliatifs. Dans cette étude, les soins palliatifs sont le motif principal de la demande dans 36% des dossiers, le mode de prise en charge principal dans 65% des dossiers et 35% des patients de l'étude présentent un état clinique proche de la fin de vie. Par ailleurs, les soins continus constituent le principal type de soins dispensés. Il paraît clair que les soins palliatifs sont le premier motif de recours à l'HAD des médecins généralistes. C'est aussi le mode de prise en charge principal le plus fréquent selon le rapport de la FNEHAD pour 2012 avec 30% des modes de prise en charge (périnatal et obstétriques exclus). Probablement la meilleure option à la disposition du médecin généraliste pour respecter le désir du patient de décéder à son domicile. En même temps l'implication de l'entourage prend tout son sens dans ces situations à l'issue fatale. Dans cette étude, 100% des dossiers avec des soins palliatifs comme mode de prise en charge principal présentent un mode associé ou secondaire complétant cette prise en charge. Comme la prise en charge de la douleur qui est présente dans 95% des cas. Elle comprend l'évaluation initiale, le traitement son suivi et son adaptation en collaboration avec le médecin traitant et son patient. Par une évaluation quotidienne de la douleur, l'efficacité thérapeutique est bien surveillée. Cette prise en charge associée n'est pas négligeable pour le confort du patient. De plus le médecin généraliste peut profiter de l'expérience du médecin coordonnateur qui est souvent formé à la gestion de la douleur ainsi que de celle de l'ensemble de l'équipe paramédicale.

Une prise en charge psychologique et /ou sociale est aussi associée dans 53% des cas. Cette association de soins reprend l'idée de la prise en charge du patient dans sa globalité. C'est très vrai dans ces situations extrêmes et cela facilite l'organisation des différents intervenants et les démarches sociales nécessaires relative à la dépendance (APA, AAH etc. ...). C'est aussi un soutien pour l'entourage qui peut être mis à rude épreuve dans ces situations. Des soins de nursing lourds sont associés dans 40% des cas pour compléter la prise en charge ainsi que des soins de pansements complexes, un traitement intraveineux ou une nutrition parentérale.

La prise en charge d'une fin de vie au domicile, s'il est le recours principal d'une HAD, constitue aussi un projet de soin très complet et polyvalent, capable de s'adapter à une situation singulière en considérant le patient dans sa globalité et son univers propre. Cependant, si nous avons mis en évidence une prescription majoritaire pour ce motif, il existe d'autres mode de prise en charge très peu sollicités par les médecins qui pourtant pourraient être une opportunité intéressante pour nos patients en ville.

### **3 Perspectives**

Cette étude permet de bien cerner dans quelles circonstances médico-sociales principales les médecins généralistes vont avoir recours à l'HAD. Cependant, elle met aussi en évidence une sous-utilisation de prescription pour certains motifs médicaux qui pourtant pourraient être très bénéfiques pour les patients.

#### **3.1 Transfusion et HAD**

Il apparaît que sur ces 130 demandes analysées, le soin motivant la demande d'HAD était une transfusion pour seulement 14 patients soit 11%. Solliciter l'HAD pour ce motif semble rare de la part des médecins généralistes. Dans le rapport de la FNEHAD pour 2012, la transfusion de produits sanguins est le motif principal dans 0,02% des cas, ce qui est aussi très faible comme proportion à l'échelle nationale. Depuis décembre 2003 il est pourtant possible de

pratiquer via une HAD, une transfusion au domicile. D'après une récente étude, menée par le CH Jacques Lacarin à Vichy en mars 2011 (17), les principales indications d'une transfusion au domicile sont, les myélodysplasies (transfusion récurrentes chez des patients âgés), l'anémie par carence martiale, anémie secondaire à une chimiothérapie ou les transfusions palliatives. Il s'agit souvent de patients âgés, et pour lesquels, le confort de leur domicile et bien souvent préféré à un transfert en hôpital de jour pour des transfusions itératives. Cette étude, définit aussi le rôle du médecin généraliste comme celui qui organise une visite au domicile, avant de poser l'indication d'une transfusion. L'acte est réalisable cependant à condition que le médecin soit joignable sans délais pendant l'acte transfusionnel, et puisse intervenir dans les vingt minutes au domicile en cas de problème. Cette disponibilité demandée peut être un premier frein pour la prescription d'une transfusion en ville. Dans le schéma régional d'organisation des soins de l'ARS Nord Pas de calais, le projet de volet HAD de 2013, révèle les résultats d'une étude réalisée rétrospectivement sur l'HAD Flandre Lys entre 2007 et 2009 (18). Après avoir étudié la réalisation de transfusion à domicile, elle met en évidence les avantages et les inconvénients de ce type de prise en charge. Les avantages sont principalement pour le patient, avec plus de confort et moins de transports itératifs vers l'Hôpital. Une économie de santé relative est aussi notable surtout si le patient vit loin du centre hospitalier (frais de transport constituant une part importante des dépenses). Par contre les inconvénients sont surtout ceux d'une activité chronophage en moyenne 4 heures, et nécessitant une rigueur importante avec une surveillance rapprochée. Pour un médecin généraliste il est aisé de comprendre que prescrire une transfusion sanguine à domicile via une HAD, va demander énormément d'investissement en terme de temps et de disponibilité. Il ne pourra pas abandonner sa consultation en cours pour être présent dans les 20 minutes, comme le demande les principes de sécurité transfusionnelle en cas d'incident. Enfin le médecin généraliste qui se déplace en urgence se verrait rémunéré une simple visite en urgence alors que la responsabilité médicale engagée dans cette situation et la disponibilité immédiate

imposée est bien plus contraignante que pour une simple visite à domicile. Même si c'est une opportunité intéressante pour le patient il est aisé de comprendre que sa réalisation est difficile au domicile à ce jour en tout cas sur prescription du médecin généraliste. Du côté des établissements d'HAD, cette pratique peine également à se généraliser. La plupart des équipes invoquant une rémunération insuffisante de l'acte par rapport au temps passé, les contraintes de surveillance et la responsabilité médicale engagée. Le cout réel de la transfusion est élevé pour les HAD, produits sanguins et frais de fonctionnement inclus, et le codage des actes reste très limité par les textes. De plus le respect de la sécurité transfusionnel est très compliqué. Une surveillance continue est indispensable et est quasiment impossible à mettre en place au domicile. De plus les rôles du médecin coordonnateur ou du médecin généraliste prescripteur, sont encore flous. Notamment à savoir lequel des deux interviendrait en urgence en cas d'incident transfusionnel. A l'heure de la gestion des risques, nous pouvons comprendre la peur des médecins de s'impliquer dans une telle organisation.

### **3.2 Pansements et HAD**

Dans cette étude, les soins motivant la demande sont la réalisation de pansements complexes au domicile uniquement dans 9 dossiers sur 130, soit un faible pourcentage de 7%. Par contre pour ces 9 demandes nous retrouvons dans 6 dossiers ce soin comme mode de prise en charge principal, ce qui signifie qu'à 3 dossiers près, quand l'HAD est sollicité pour des pansements par le médecin généraliste, les soins sont justifiés. Pourtant, suivre une cicatrisation complexe à domicile (plaie post opératoire, escarres, ulcères mais aussi stomies digestives et trachéotomies) peut être chronophage car nécessite des visites régulières et une bonne connaissance des techniques thérapeutiques. Ces patients sont finalement plus souvent orientés vers une prise en charge hospitalière conventionnelle, en hôpital de jour par exemple. Ce qui apparait peut être aussi plus sécurisant aux yeux de leurs médecins. Néanmoins, nous savons aujourd'hui que le stress peut être un facteur de mauvaise cicatrisation par stimulation

sympathique et libération de substances vasoconstrictrices pouvant retarder le processus de cicatrisation (19). Nous pouvons imaginer que le stress potentiellement induit par une hospitalisation peut être délétère pour ces patients. L'indication d'HAD telle qu'elle est décrite est celle de la prise en charge de pansements complexes. C'est à dire selon les termes, des patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne.

Il s'agit donc de patients nécessitant une grande attention, du temps passé au domicile et parfois plusieurs visites quotidiennes. Proposer une prise en charge en HAD peut en plus du confort du patient et de l'usage de nouvelles techniques, soulager le médecin généraliste sur le suivi de la cicatrisation. De plus, aujourd'hui L'HAD permet aussi l'usage au domicile du traitement par pression négative TPN qui est une technique qui peut être indiquée dans certaines cas de cicatrisation difficile, escarres présentant des difficultés de cicatrisation, ulcères ou pied diabétique (20). Grâce à un personnel infirmier compétent, il est possible d'importer cette méthode de cicatrisation au domicile qui peut être un bénéfice pour le patient, sans forcément d'ailleurs que le médecin généraliste soit formé à cette méthode. Les patients peuvent être revus régulièrement en hôpital de jour et suivie au domicile par l'IDE de l'HAD souvent bien habituée à ces techniques.

Ainsi, la prise en charge des pansements complexes au domicile est un axe de soins sous utilisé qui gagnerait à être plus souvent proposé aux patients. A la fois pour éviter des transports itératifs en hôpital de jour, conserver le confort du domicile et les faire bénéficier de nouvelles techniques de cicatrisation améliorant considérablement le pronostic de cicatrisation.

### **3.3 Dénutrition et HAD**

Dans cette étude, la dénutrition était la pathologie principale dans 4% des demandes. Une nutrition artificielle entérale ou parentérale était le motif de la demande dans 21% des cas. Si le stress est un facteur de mauvaise cicatrisation, il joue aussi un rôle clef dans les processus alimentaires. De fait l'hospitalisation constitue en elle-même un facteur de risque de dénutrition de par le stress qu'elle peut induire. Le stress est un facteur de risque de dénutrition surtout chez la personne âgée (21). Cela souligne l'intérêt que pourrait constituer la correction d'une dénutrition du patient au domicile et non en hospitalisation. Une expertise sur les besoins nutritionnels et l'intérêt d'une alimentation artificielle peut être réalisée conjointement avec une équipe mobile compétente, comme l'UNAD au CHRU de Lille. Ensuite, il est envisageable pour un médecin généraliste de suivre, cette alimentation au domicile en lien avec un service hospitalier ou un réseau spécialisé.

### **3.4 Propositions pour élargir la prescription d'une HAD par les médecins généralistes**

Nous avons vu dans cette étude que si l'HAD est peu utilisée comme alternative d'une hospitalisation conventionnelle par les médecins généralistes, elle est sollicitée pour des situations correspondant la plupart du temps aux réalités de possibilités de prise en charge sur le terrain. Il n'est plus à démontrer que quand le patient et son entourage sont d'accord, c'est un réel bénéfice pour ce dernier que de profiter de soins hospitaliers dans le confort de sa maison. Le résultat de cette étude montre aussi qu'à ce jour, dans l'esprit des médecins généralistes, l'HAD reste principalement associé à l'idée d'une prise en charge palliative.

Une thèse de 2011 sur les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD, montre que le frein principal à la prescription, reste principalement la peur d'une activité chronophage et le manque de compétences techniques (22). Cette même thèse montre pourtant qu'ils semblent plébisciter l'idée d'un travail d'équipe. Favoriser une prescription plus large pour

nos patients en ville, pourrait passer par une meilleure formation des médecins à ce type de prise en charge. Augmenter les postes d'internes dans les HAD, me paraît par exemple être une des pistes. Cela permettrait de familiariser les futurs médecins à cet exercice afin d'avoir le réflexe de le solliciter en cas de besoin, mais surtout d'effacer les a priori sur ce type de soin. Egalement de les rassurer, sur leur compétence technique dans la gestion d'une hospitalisation à domicile qui se doit d'être une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Communiquer directement auprès des généralistes peut aussi être un axe pour améliorer cette prescription. Dans cette même thèse, 157 médecins sur 177 interrogés pointaient le défaut d'information. La promotion des services d'HAD pourrait se faire soit par des brochures adressées au cabinet soit par des colloques d'information sur ces possibilités de prise en charge.

Concernant les motifs de recours, si la transfusion au domicile n'est pas encore à l'ordre du jour, par contre les autres possibilités de prescription comme un soutien nutritionnel ou la prise en charge de pansements complexes, restent à promouvoir pour en élargir la prescription. En plus du confort pour le patient c'est l'occasion pour le médecin de se former à de nouvelles techniques et être confrontés à de nouveau type de pansements et stomies, élargissant par ce biais son champ de compétence.

En effet, suivre un patient en HAD pour un médecin généraliste peut avoir un avantage en termes de formation continue. Avoir un contact avec un service hospitalier que le généraliste soit prescripteur ou non lui permet d'avoir plus facilement recours à des avis spécialisés et d'être confronté à la prise en charge de nouvelles techniques de soins, comme le TPN, ou bien encore à des techniques de perfusion particulière et innovantes à domicile.

## VI. CONCLUSION

Cette étude permet de mieux connaître les circonstances dans lesquelles le médecin généraliste a recours à une HAD pour son patient. En effet, il appellera une HAD pour la prise en charge de ses patients dans la population étudiée comme dans toute la France pour des patients dans des conditions médicosociales relativement ciblées : patients de plus de 60ans, ayant un indice de Karnofsky supérieur à 30%, ayant des aidants familiaux et des aides à domicile, et qui présentent une pathologie cancéreuse dans la plupart des cas.

La plupart des demandes étaient acceptées par les structures d'HAD. En d'autres termes, si le médecin généraliste a rarement recours à ce mode de prise en charge, quand il le sollicite, c'est en ayant une bonne connaissance des possibilités de prise en charge.

De plus, le principal motif de sollicitation de l'HAD reste la prise en charge de soins palliatifs et d'accompagnement au domicile. Reflétant, le désir d'un patient de décéder au domicile, elle paraît être la meilleure opportunité d'accéder à sa demande. Certaines indications de l'HAD restent malgré tout sous utilisées, comme la prise en charge de pansements complexes.

A travers l'analyse de la réponse de l'HAD en termes de soins, cette étude met en évidence la polyvalence et la richesse de cette offre de soins. Elle propose une pluralité des soins afin de mieux correspondre aux attentes du médecin et de son patient considérant ainsi le patient dans sa globalité.

Favoriser la prescription d'une HAD par les médecins généralistes pourrait passer par une meilleure information sur les possibilités de prise en charge au domicile via l'HAD ou par la formation initiale des internes en médecine générale.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

- 1 - **Annie PODEUR** : *l'hospitalisation à domicile*, Archives académies des sciences morales et politiques séance du 04 juin 2007.
- 2 - **Loi n°70-1318** du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Article 4.  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228&dateTexte=1992010>
- 3 - **La ministre de l'emploi et de la solidarité, M. Aubry La secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, D. Gillot**, *Circulaire DH/E02/2000/295 relative à l'hospitalisation à domicile*, 30 mai 2000.  
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251753.htm>
- 4 - **Alain PARAPONARIS, Marc-André GUERVILLE, Sandrine CABUT1, Yolande OBADIA, Pierre VERGER**, *Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile*, DREES direction de la recherche étude et évaluation des statistiques, février 2011 n°753.
- 5 - **FNEHAD** rapport d'activité 2010/2011.  
[http://www.fnehad.fr/images/stories/110620\\_Rapport\\_dactivit\\_Vdef\\_NationalRgions.pdf](http://www.fnehad.fr/images/stories/110620_Rapport_dactivit_Vdef_NationalRgions.pdf)
- 6 - **Observatoire National de la fin de vie**, *Fin de vie un premier état des lieux*, rapport 2011.
- 7 - **HOPITAL.FR**, *l'Hospitalisation à domicile, une hospitalisation à part entière*.  
<http://www.hopital.fr/Hopitaux/Vos-demarches/L-hospitalisation-a-domicile/Une-hospitalisation-a-part-entiere>
- 8 - **IRDES**, *l'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation*, Bulletin d'information en économie de la santé, n°119, février 2007.  
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf>
- 9 - **FNEHAD**: Documentation, Fiche 2, *les établissements d'HAD*, 30 avril 2000  
[http://www.fnehad.fr/images/stories/dl/2011/Fiche\\_02-2011-modif.pdf](http://www.fnehad.fr/images/stories/dl/2011/Fiche_02-2011-modif.pdf)
- 10 - **Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation de soins**, *Circulaire DHOS/O3 n°2006-506 relative à l'hospitalisation à domicile*, du 01 décembre 2006.
- 11 - **Isabelle MUSQUAR**, *Intérêts et insuffisance de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste, expérience de l'HAD de CREST*, Thèse de médecine, faculté de Grenoble, 2008.
- 12 - **FNEHAD**, *rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013 un nouveau départ*, Assemblée générale Dax, 2013.  
[http://www.fnehad.fr/images/stories/RAPPORT\\_DACTIVITE/FNEHAD\\_RA\\_2013\\_29.07.2013\\_VD\\_COURTE.pdf](http://www.fnehad.fr/images/stories/RAPPORT_DACTIVITE/FNEHAD_RA_2013_29.07.2013_VD_COURTE.pdf)

13 - **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**, *Epidémiologie des cancers en France métropolitaine, données essentielles*, juillet 2013

<http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/28-donnees-essentielles/26-epidemiologie-des-cancers-en-france-metropolitaine-donnees-essentielles.html>

14 - **HAS**, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, recommandations mai 2009.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie\\_dalzheimer-troubles\\_du\\_comportement\\_perturbateurs-recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf)

15 - **Corpus de Gériatrie**, *Confusion et démence*, chapitre 6, Université Paris Descartes janvier 2000.

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/e-senior/COURS/College/06-Confusion,%20d%C3%A9mences.pdf>

16 - **HAD Flandre Lys**, *Abrégé du protocole d'éducation thérapeutique des insuffisants cardiaques*, édition du 11/12/12

<http://www.chhazebrouck.fr/documents/PROTOCOLE%20ETP%20%20INSUFFISANTS%20CARDIAQUES2013.pdf>

17 - **Marie-France RAYNAL**, *Transfusion en HAD enjeux organisation et limites*, Journées régionales d'hémovigilance Franche Comté, 25 mars 2011.

[http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS\\_Internet/Votre\\_sante/Veille\\_sanitaire/Hemovigilance\\_diapoRAYNAL\\_25.03.11.pdf](http://www.ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/Votre_sante/Veille_sanitaire/Hemovigilance_diapoRAYNAL_25.03.11.pdf)

18 - **ARS**, *Hospitalisation à domicile*, projet de volet HAD dus SROS, mai 2013.

[http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Consultation/mai2013/projet\\_volet\\_HAD\\_SROS-mai\\_2013.pdf](http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Consultation/mai2013/projet_volet_HAD_SROS-mai_2013.pdf)

19 - **CASTELAIN, CHROSTOFILIS, JAYANKURA, SAMAHA**, *la Cicatrisation*, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, septembre 2000.

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/orthopedie/polyortho/POLY.Chp.19.3.html>

20 - **Haute Autorité de Santé**, *Traitement des plaies par pression négative, des utilisations spécifiques limitées*, janvier 2011.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/fiche\\_de\\_bon\\_usage\\_traitement\\_des\\_plaies\\_par\\_pression\\_negative.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/fiche_de_bon_usage_traitement_des_plaies_par_pression_negative.pdf)

21 - **INPES**, *livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé*,

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/959.pdf>

22- **CROTET Romain JEHENNE Baptiste**, *Attente des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile*, faculté de médecine de Grenoble année 2011.



# ANNEXES

## Annexe 1 : Listes des différents modes de prise en charge et HAD et leurs définitions :

### 01 – Assistance respiratoire :

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

### 02 – Nutrition parentérale :

C'est l'administration au patient de solutions binaires ou ternaires. La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie d'abord, fourniture et maintenance des pompes, éducation du patient et de son entourage).

### 03 - Traitement intraveineux :

Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral, ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autres, par voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques.

### 04 – Soins palliatifs :

Il s'agit de la prise en charge d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante, pour une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Cette prise en charge vise à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage.

### 05 – Chimiothérapie anticancéreuse :

La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée qui peut ne pas être une tumeur.

### 06 – Nutrition entérale :

Cela concerne des patients porteurs de sonde naso-gastrique, de gastrostomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. Ce mode de prise en charge comporte la surveillance du patient, la maintenance des pompes mais aussi l'éducation du patient et de son entourage.

#### 07 – Prise en charge de la douleur :

Cela comporte l'évaluation de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques.

#### 08 – Autres traitements :

Il s'agit de prise en charge de patients nécessitant un suivi médicale spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents. Seules peuvent être concernées les prises en charge ne pouvant pas être décrites, même sous une forme dégradée, par aucun des autres modes de prise en charge. Actes spécifiques (ex : évacuation pleurale, ponction d'ascite...) lorsqu'ils sont réalisés dans un contexte justifiant une hospitalisation

#### 09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) :

Ce mode de prise en charge concerne des patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples, ou de complications de stomies, nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne sur la durée de la prise en charge. Il inclut le traitement des plaies par pression négative selon les recommandations de la haute autorité de santé.

#### 10 – Post traitement chirurgical :

Cela représente la surveillance des sutures, des pansements et/ou de la cicatrice à la suite immédiate d'une chirurgie et pour une durée limitée.

#### 11 – Rééducation orthopédique :

Ce mode de prise en charge est utilisé après une chirurgie orthopédique ou une fracture et vise à accompagner le patient dans la récupération d'une autonomie normale, pour les activités de la vie courante et au sein de son domicile. Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique.

#### 12 – Rééducation neurologique :

Elle intervient après un accident neuro-vasculaire ou dans le cadre d'une pathologie neuro-dégénérative, chez un patient présentant des séquelles. Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique.

*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*

### 13– Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse :

La prise en charge comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médico-soignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d'une chimiothérapie anti cancéreuse hospitalière: soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle.

### 14 – Soins de Nursing Lourds :

Ce mode de prise en charge comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des patients dépendants ou très dépendants (indice de Karnofsky  $\leq 50\%$ ).

### 15 – Éducation du patient et/ou de son entourage :

Il s'agit d'un suivi médico-soignant quasi quotidien axé sur l'éducation thérapeutique visant à rendre le patient le plus autonome possible par rapport à sa pathologie (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires...).

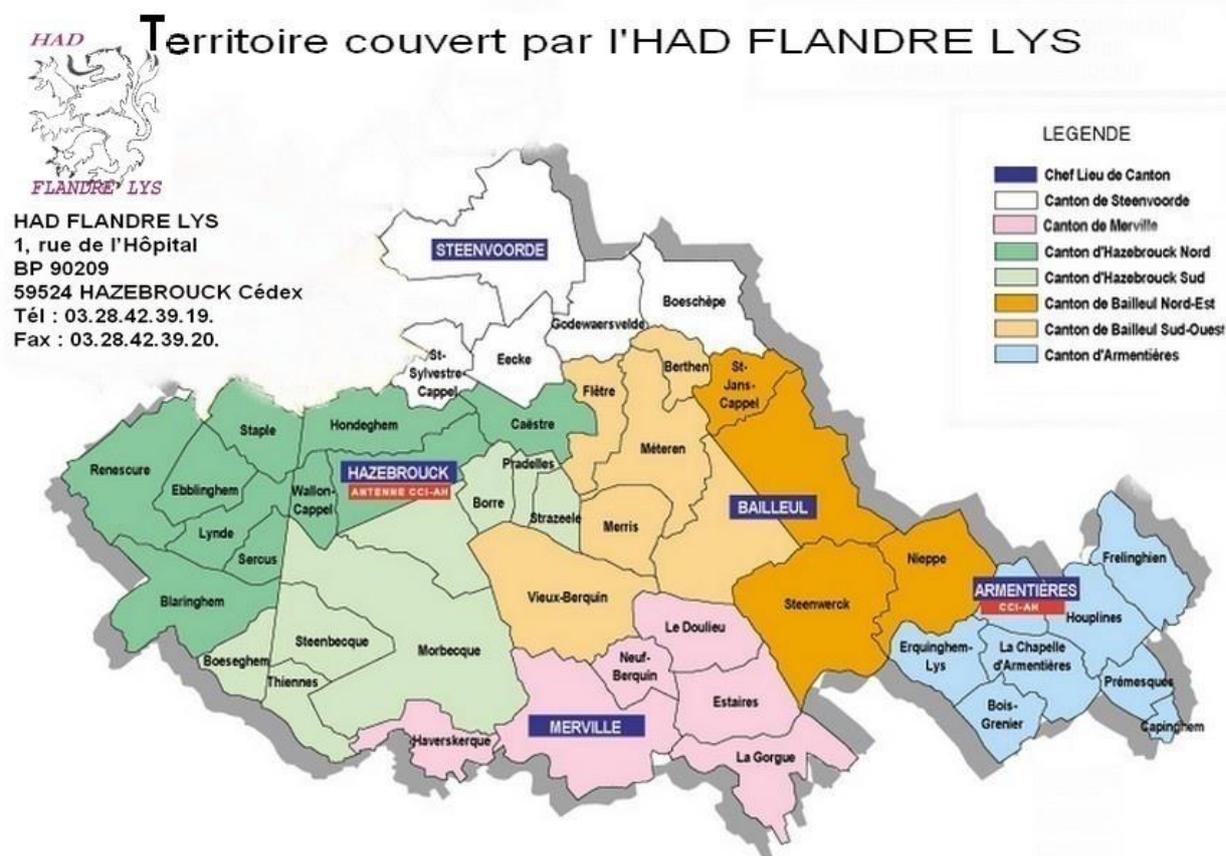
### 17 – Surveillance de Radiothérapie

La prise en charge comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires à court terme d'une radiothérapie: gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle.

### 18 – Transfusion Sanguine :

La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico soignante de la structure d'HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents le jour de la transfusion.

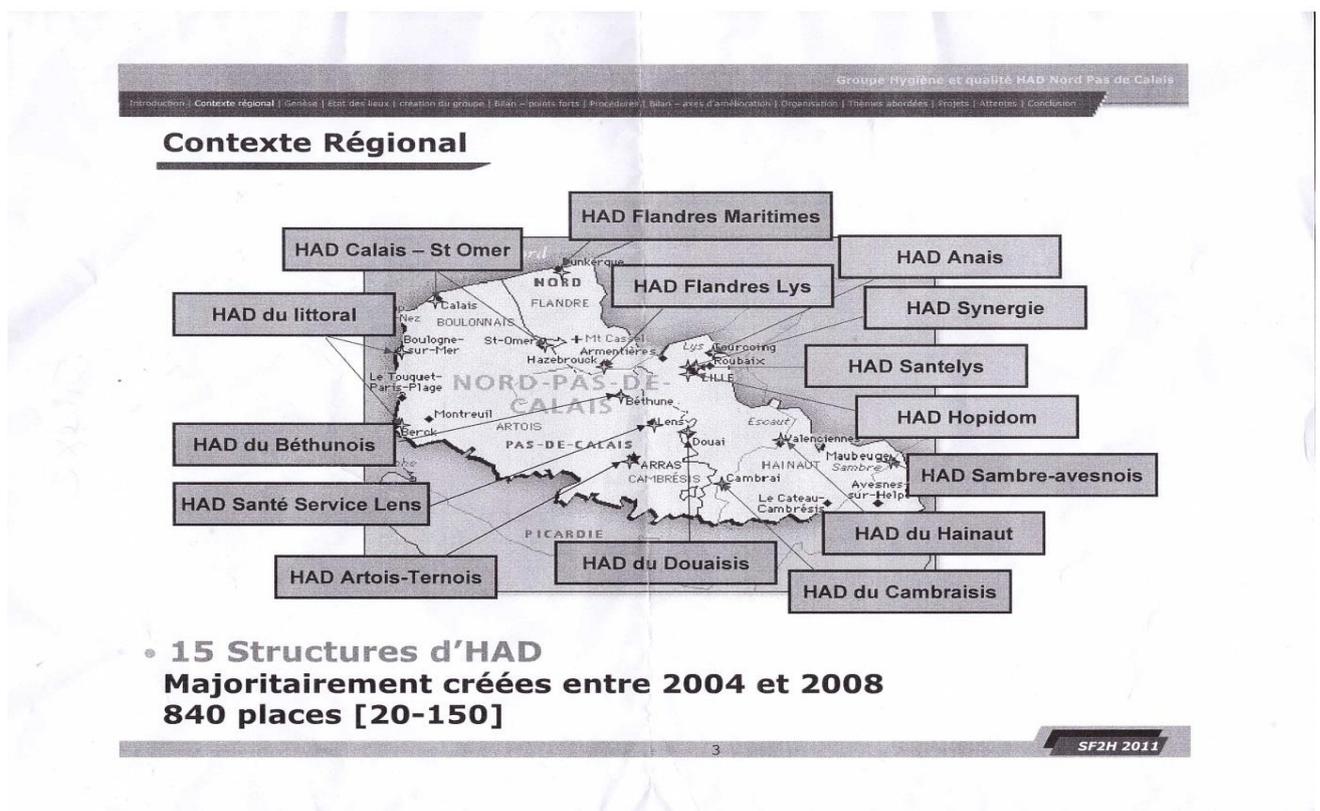
## Annexe 2 : Carte du territoire couvert par l'HAD Flandre Lys d'Hazebrouck



*Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile*



## Annexe 4 : Cartographie des structures d'HAD sur le département du Nord-Pas-de-Calais



## Annexe 5 : L'indice de Karnofsky

### INDICE DE KARNOFSKY

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

**Annexe 6 : Feuille de préadmission HAD d'Hazebrouck :**



IEP UF : 1100  
 05/11/2010 12:20  
 ep. /  
 IPP 07/06/1961  
 M 49 ans Ch : HAD12

**EVALUATION INFIRMIERE INITIALE**

Evaluateur :

Le 5/11/2010

HISTOIRE DE LA MALADIE : unité de soin :

Entrée le :

Motif d'hospitalisation : PEC de la douleur

AEG  
 Néo bronchop avec métas : crâne, f. os, vertèbres, costales, sacro iliaq)  
 Sans chimio : Taxotère (prochaine cure le 12/11) à Calmette

Evolution depuis l'entrée :

<u>Stable</u>	<u>Amélioration</u>	<u>Aggravation</u>
---------------	---------------------	--------------------

Antécédents médicaux :

dyspnée

Antécédents chirurgicaux :

Lobectomie +  
 Ablation d'1 poumon

Antécédents transfusionnels :  oui  non

Allergies – précautions particulières : Pénicilline de synthèse

BMR :  germe : ..... Site : ..... mesures d'isolement :  oui  non

Objectifs de soins – projet thérapeutique :

PEC Palliatif

Traitements médicamenteux :

Per os  Patch  SC  IV  IM

## Annexe 6 : Feuille de préadmission HAD Hopidom

	Rendez-vous le : 9/06/11	
	Date d'entrée en HAD souhaitée : dès que possible	
	Date d'entrée effective Secteur HAD :	
 <p><b>HOPIDOM</b> HOSPITALISATION A DOMICILE DU CHRU DE LILLE</p>	 10715225	
<b>DOSSIER D'ADMISSION</b>		
	EP NAIS	M
Date de la demande : 08/06/2011	évaluateur : CG MV	date de l'évaluation : 09/06/2011
<b>COORDONNEES DU PATIENT :</b>		
Nom (JF) :	Prénom :	Date de naissance : 23/08/1936
Nom épouse :		
Adresse :		
Localité : 59000 LILLE	Tél fixe :	Tél portable :
<b>ORIGINE DE LA DEMANDE :</b> Dr [nom], médecin généraliste		(E) du domicile
Etablissement :	Service :	Chambre :
Nom du correspondant :	Fonction :	
☎ IDE :	ou	Fax :
<b>MOTIF D'HOSPITALISATION :</b>		
HAD DEMANDEE POUR : myélodysplasie en refus thérapeutique		
Soins de nursing : toilette, prévention d'escarre + soins IDE pour fistule anale.		
Kinésithérapie à poursuivre		
<b>CORRESPONDANT HOSPITALIER :</b>		
Etablissement : ..... Service : .....		
Nom .....		
tél : ..... fax : .....		
<b>MEDECIN TRAITANT :</b>		
Nom .....		
Adresse ..... Lille		
tél : 03 20 57 78 91 ..... portable : ..... fax : 03 20 57 78 91		
<input type="checkbox"/> Accord du médecin traitant pour l'HAD : recueilli par : H. D. [nom]		
<b>COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR :</b>		
Nom ..... Prénom .....		
Lien avec le patient .....		
tél : ..... portable : .....		
<b>COORDONNEES DE L'ASSITANT SOCIAL, RESEAU, ASSOCIATION :</b>		
Lieu d'exercice : AOHAP Lille		
tél : 03 20 57 78 91 ..... fax : .....		
Lieu d'exercice : .....		
tél : ..... fax : .....		
<b>CORRESPONDANT LIBERAUX :</b>		
<b>Infirmier(e) :</b>		
Nom : M. Damien		
Adresse .....		
tél : 03 20 54 91 11 ..... portable : .....		
fax : .....		
<b>Kinésithérapeute :</b>		
Nom : .....		
Adresse .....		
tél : ..... portable : .....		
fax : .....		

HISTOIRE DE LA MALADIE : myélodysplasie phase palliative

**ANTECEDENTS :**

Médicaux/chirurgicaux

- Dermite à l'âge de 12 ans
- Poliomyélite avec déficit moteur membre L dt
- Gonarthrose genou G
- HTA
- Cuse goutte ostéol G.

- Tabac sévère.

- Eczéma
- BPCO post tabac
- Exposition à l'amiante
- + nodule pulm
- segment 1 G

**ALLERGIES :**

(NE)

- fistule anale
- polypectomie sigmoïdienne + rectal 2010

**PROTOCOLES SPECIFIQUES :**

**Voies d'abord :**

Périphérique

voie centrale posée le / /20

**PANSEMENTS :**

Localisation :

Nature :

Protocole :

Localisation :

Nature :

Protocole :

**DOULEUR**

Siège :

Fréquence :

Intensité :

**TRAITEMENT EN COURS :**



10715225 10/06/2011

EP  
NAIS ... M

**SPIRER :**

Autonome

Dépendant  Expectations :  Oxygène : débit ..... matériel.....

Aspirations :  Trachéotomie : canule .....

Aérosols : fréquence : Fréq. d'aspi :

Kinésithérapie respiratoire

Connaissance et éducation du patient : .....

**MAINTENIR LA TEMPERATURE DU CORPS SE VETIR SE DEVETIR :**

Autonome

Dépendant :  Aide partielle à l'habillage et au déshabillage  Aide totale

**ETRE PROPRE PROTEGER SES TEGUMENTS**

Autonome

Dépendant :  Aide partielle à la toilette  Toilette au lit

Aide totale à la toilette  Toilette au lavabo

Intégrité de la peau  Lésion : Type

Siège des lésions

**MOBILITE :** *Alitement quasi strict*

Autonome

Dépendant :  Se lève avec aide  Va au fauteuil

Marche avec aide  Monte un étage

Se déplace :  Avec canne  Avec béquilles

Avec déambulateur  En fauteuil roulant

Besoins en matériel : *1 lit - 1 pied 1 SAP - 1 chaise per*

**BOIRE ET MANGER :** Poids : . Taille Régime : .....

Autonome

Dépendant :  Aide aux repas  Peu d'appétit  Alimentation plaisir

Compléments oraux

Alimentation entérale (voie d'abord : .....) )

Alimentation parentérale (voie d'abord : .....) )

Connaissance et éducation du patient : .....

Préparation des repas :  patient  famille  à prévoir .....

**ELIMINER :**

Continence urinaire  Urinal  Bassin

Dépendance :  Incontinence urinaire  Occasionnelle  Permanente

Appareillage :  Etui pénien n° .....  Sonde vésicale posée le n° .....

*Chaise*  Cystocath posé le .....  Stomie depuis .....

Irrigation  Surveillance diurèse.

Connaissance et éducation du patient : .....

Continence fécale *A Jérei mais Risque +++*

Dépendant :  Incontinence fécale :  Occasionnelle  Permanente

Transit perturbé :  Constipation  Diarrhée

Stomie : type.....  Provisoire  Définitive

Connaissance et éducation du patient : .....

**AUTEUR : Nom :DERACHE épouse DELAVENNE**  
**Date de Soutenance : 15 janvier 2014 à 18 heures**

**Prénom : Clémence**

**Titre de la Thèse : Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-t-ils recours à une hospitalisation à domicile.**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : *DES MEDECINE GENERALE***

**Mots-clés : HAD, médecins généralistes prescripteurs.**

**Résumé :**

L'HAD est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle est aujourd'hui bien développée dans le paysage sanitaire français et représente un confort pour le patient ainsi qu'une économie de santé publique non négligeable. Le médecin prescripteur peut être un médecin hospitalier mais aussi un médecin généraliste. Aujourd'hui, les médecins généralistes utilisent rarement ce mode de prise en charge.

Nous avons essayé de définir dans quelles circonstances ils ont recours à ce type de soins en analysant des demandes faites par des médecins généralistes auprès de deux HAD Holidom du CHRU de Lille et l'HAD Flandre Lys d'Hazebrouck. Il s'agit d'une étude qualitative rétrospective sur des demandes faites entre le 01/01/2009 et le 01/01/2012. Au total 130 dossiers ont été analysés.

Cette étude met en évidence la sollicitation d'une HAD par les médecins généralistes pour des patients dans des conditions médicosociales ciblées : patient de plus de 60 ans, ayant un indice de Karnofsky supérieur à 30%, ayant des aidants familiaux et des aides à domicile et qui présente une pathologie cancéreuse dans la plupart des cas. Dans cette étude, la plupart des demandes adressées ont été acceptées par les HAD sollicitées, ce qui montre que même s'il y a rarement recours, quand le médecin généraliste sollicite une HAD c'est en en connaissant bien les possibilités de prise en charge. Le principal motif de sollicitation retrouvé reste la prise en charge de soins palliatifs et d'accompagnement au domicile. Elle reflète le désir croissant dans la population de décéder au domicile, et paraît être dans ces situations une bonne façon de respecter ce désir. D'autres indications restent sous-utilisées comme la prise en charge de pansements complexes, la transfusion ou la dénutrition. A travers l'analyse de la réponse de l'HAD en termes de soins, suite aux demandes faites par ces médecins généralistes, cette étude met en évidence la richesse et la polyvalence de cette offre de soins. Elle propose une pluralité et une polyvalence des soins permettant de considérer le patient dans sa globalité afin de répondre au mieux à la demande faite par les médecins généralistes.

Enfin, favoriser la prescription d'une HAD par les médecins généralistes notamment pour ces indications encore sous utilisées, pourrait passer par une meilleure information sur les possibilités de prise en charge au domicile qu'offre l'HAD ou par la formation précoce des internes de médecine générale à ce type de prise en charge.

**Composition du jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre JOUET**  
**Asseseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**  
**: Monsieur le Professeur Benoit TAVERNIER**  
**: Madame le Dr Sara BALAGNY (Directeur de thèse)**