



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2016 à 16 heures
Au Pôle Recherche

Par Anne-Fleur MONTMARTIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur FACON Thierry

Assesseurs :

Monsieur le Professeur CAIAZZO Robert

Monsieur le Professeur LEROUGE Patrick

Monsieur le Docteur DELEPLANQUE Denis

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur BALAGNY Sara

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

HAD : Hospitalisation A Domicile

MG : Médecins Généralistes

MSU : Maîtres de Stage Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

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

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

MPP : Mode de Prise en charge Principal

MPA : Mode de Prise en charge Associé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

ARS : Agence Régionale de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

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

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Etat des lieux	4
I. L'HAD en quelques dates	4
II. L'HAD en quelques chiffres.....	5
III. Objectifs et fonctionnement de l'HAD	6
A. Les objectifs de l'HAD	6
B. Le fonctionnement de l'HAD.....	7
1. Les différents intervenants (8).....	7
2. Les soins dispensés	8
3. Les patients admissibles en HAD.....	9
4. Les modes de prise en charge	9
5. Les différents types d'HAD	12
IV. L'HAD et les médecins généralistes	13
Matériels et méthodes.....	16
I. Choix de la méthode.....	16
II. Elaboration du questionnaire	16
A. Les données démographiques	17
B. Les renseignements généraux	17
C. Les attentes de médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD	17
D. Les freins des médecins généralistes à la mise en place d'une HAD	17
III. Echantillon sélectionné	18
IV. Méthode statistique.....	18
Résultats	20
I. Expérience de l'HAD.....	21
II. Attentes des MG lors d'une prise en charge en HAD	26
III. Freins de MG à la mise en place d'une HAD	30
Une rémunération insuffisante au regard du temps passé représentait un frein à la mise en place d'une HAD pour 67% des médecins interrogés, soit 47MG. ...	32
Discussion	35
I. Methodologie	35
A. Biais de sélection	35
B. Biais de formulation.....	35
C. Les modalités de recueil.....	36
II. Analyse des résultats.....	36
A. Expérience de l'HAD	36
B. Les attentes des MG	38
C. Les freins des MG	40
III. Perspectives	41
Conclusion.....	45
Références bibliographiques	46
Annexes	49

Annexe 1 : Recommandations de la Cour des Comptes.....	49
Annexe 2 : Taux de couverture sur le territoire.....	50
Annexe 3 : Indice de Karnofsky.....	51
Annexe 4 : Liste des pondérations individuelles des modes de prise en charge principal, mode de prise en charge associé et indice de Karnofsky.	52
Annexe 5 : Diagramme de répartition des différentes structures d'HAD	54
Annexe 6 : Questionnaire envoyé aux MG.....	55

RESUME

Contexte : L'HAD constitue un mode de prise en charge récent qui représente une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle associe le médecin traitant, le médecin hospitalier et tous les professionnels paramédicaux et sociaux. Le faible recours à l'HAD par les médecins généralistes apparaît comme un frein majeur à son essor. L'objectif de ce travail était d'identifier les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, transversale, menée d'avril à juillet 2016. Un questionnaire électronique a été envoyé aux MSU de la faculté de Médecine de Lille, aux membres de la FMC de Villeneuve d'Ascq ainsi qu'à des MG recrutés par l'auteur. Les questions étaient fermées et binaires.

Résultats : Les 3 principales attentes des MG lors d'une prise en charge en HAD étaient raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle (64%), avoir accès à des thérapeutiques hospitalières (64%) et travailler en équipe pluridisciplinaire (41%).

Les 3 principaux freins des MG à la mise en place d'une HAD étaient l'aspect chronophage d'une telle prise en charge (51%), son aspect contraignant (51%) et une rémunération insuffisante au regard du temps passé (36%).

Une association significative entre le sentiment d'appropriation du dispositif d'HAD et la prescription d'HAD a été mise en évidence ($p=0.03$).

Une association significative entre le sentiment de trouver sa place dans la prise en charge en HAD et la prescription d'HAD a également été mise en évidence ($p=0.002$).

Conclusion : Le développement de l'HAD ne pourra se faire sans une meilleure information des MG et une meilleure formation des MG en exercice ou en devenir. Une astreinte médicale 24h/24h et une collaboration « à la carte » pourraient permettre de rendre ce type de prise en charge moins contraignant et chronophage

pour les MG, qui seraient alors plus enclin à y recourir. Une plus forte adhésion des MG pourrait également passer par une revalorisation financière de leur travail et de leur implication lors d'une prise en charge en HAD.

INTRODUCTION

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un mode de prise en charge récent qui représente une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle associe le médecin traitant, les médecins hospitaliers, les professionnels paramédicaux et sociaux pour permettre la prise en charge sur leur lieu de vie de patients atteints de pathologies lourdes, complexes et évolutives. Les soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité, leur durée et la fréquence des actes. Ainsi, l'HAD permet aux patients de bénéficier à domicile de soins coordonnés de nature hospitalière.

Le développement de l'HAD progresse au cours des dernières années mais reste en dessous des objectifs fixés en 2013 par les pouvoirs publics, qui souhaitaient un doublement de l'activité de l'HAD d'ici 2018, pour atteindre 1.2% de l'ensemble des hospitalisations complètes. (1)

Le médecin traitant tient un rôle majeur dans la prise en charge d'un patient en HAD. Il est le référent concernant le suivi et le projet thérapeutique du patient. L'HAD ne peut être mise en place sans son accord. Depuis 1992, les médecins généralistes ont la possibilité de prescrire eux-mêmes l'HAD. Cependant sa prescription reste essentiellement hospitalière (environ 70% selon le rapport de la cour des comptes de 2013) (2)

Le faible recours à l'HAD par les médecins généralistes apparaît comme un frein majeur à son essor. Des travaux antérieurs ont pourtant montré que les MG connaissaient bien les principaux modes de prise en charge en HAD (3) et en étaient globalement très satisfaits. (4)

L'objectif principal de notre étude est donc d'identifier les attentes des MG du Nord-Pas-de-Calais lors d'une prise en charge en HAD et les freins qu'ils ont à sa mise en place, dans le but d'optimiser l'utilisation de l'HAD par les MG.

ÉTAT DES LIEUX

I. L'HAD en quelques dates

La naissance de l'HAD remonte à 1945 à New York, où le Dr Bluestone de l'hôpital Montefiore expérimente le « Home Care ». (5-6)

En France, il faudra attendre 1957 pour voir apparaître le premier établissement d'hospitalisation à domicile au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

L'HAD a obtenu une reconnaissance légale par la loi hospitalière du 31 décembre 1970.

Elle sera ensuite reconnue comme une alternative à part entière à l'hospitalisation conventionnelle par la loi de 1991 portant réforme hospitalière. Ce texte et ses décrets d'application fixent les règles de l'HAD : médecin coordonnateur, cadre infirmier, permanence des soins et continuité de la prise en charge.

En mai 2000, une circulaire a structuré le contenu des prises en charges en HAD. Elle définit les missions de l'HAD et ses critères d'inclusion. (7)

La circulaire du 1^{er} décembre 2006 rappelle le caractère généraliste ou polyvalent de l'HAD et précise son organisation, les missions et les obligations propres de chaque intervenant. (8)

Le décret du 22 février 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en EHPAD.

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire reconnaît l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière. Elle était jusqu'alors considérée comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. (9)

La circulaire du 4 décembre 2013, relative au positionnement et au développement de l'HAD, stipule que pour renforcer le positionnement de l'HAD au

sein du système de santé, les objectifs stratégiques nationaux visent le développement de son activité par substitution aux séjours d'hospitalisation complète. (10)

Le rapport de la Cour des Comptes du 20 janvier 2016, sur les évolutions récentes de l'hospitalisation à domicile, estime le développement de l'HAD encore insuffisant au regard des objectifs fixés par les pouvoirs publics. Il formule de nouvelles recommandations, notamment une refonte de la tarification pour mieux asseoir la pertinence et l'efficacité des prises en charge en HAD. (Annexe 1)

II. L'HAD en quelques chiffres

Entre 2005 et 2012, le développement de l'HAD a été très significatif en nombre d'établissements (+ 140%), de patients pris en charge (+ 160%) et de journées réalisées (+ 185%). Nous devons ce développement à une dynamique nationale volontariste de généralisation de l'offre d'HAD. (10)

Les pouvoirs publics, par l'intermédiaire de la circulaire de décembre 2013, ont défini une stratégie d'ensemble pour développer la place de l'HAD. Ils ont fixé comme objectif de passer l'activité de l'HAD de 0.6% à 1.2% de l'ensemble des hospitalisations complètes d'ici à 2018. Cependant, la progression globale de l'activité de l'HAD au cours des dernières années est nettement inférieure à l'objectif fixé. En effet, le rythme de progression en termes de journées d'hospitalisation à ralenti en passant de + 7.7% en 2012 (par rapport à 2011) à + 4.7% en 2013.

En 2014, la progression était de 1.9%. (1) Cela représente un nombre de journées de 4 439 494 contre 4 366 656 en 2013.

En 2014, 105 923 patients ont ainsi été pris en charge par les 309 établissements d'HAD avec un coût moyen de 196.8 euros par journée.

Le coût global de cette année pour l'hospitalisation à domicile est de 874 millions d'euros soit 1% des dépenses d'hospitalisation et 0.5% des dépenses de l'Assurance Maladie. (12)

Il persiste des disparités géographiques importantes dans l'offre de soins en HAD. (Annexe 2)

Le nombre de patients pris en charge par jour en HAD et pour 100 000 habitants était de 18.5 en 2014. Les pouvoirs publics ont fixés l'objectif de 30 à 35 patients par jour et pour 100 000 habitants d'ici à 2018.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, en 2014, on comptait 15 établissements d'HAD, 285 461 journées d'hospitalisation soit 22 patients par jour et pour 100 000 habitants. (12-13)

Cette même année, l'âge moyen des patients pris en charge en HAD était de 57,2 ans. La part de l'activité de pédiatrie représentait 4,4% de l'activité totale en nombre de journées (soit 194 277 journées). (12)

III. Objectifs et fonctionnement de l'HAD

A. Les objectifs de l'HAD

L'HAD est une offre encore émergente dont le développement doit contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée au domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques. Depuis 2012, les lieux d'intervention de l'HAD se sont diversifiés avec la possibilité de prendre en charge des personnes accueillies en établissement social ou médico-social, et ce afin d'améliorer leur qualité de vie.

Le développement de l'HAD doit conduire à une amélioration de la prise en charge du patient, ainsi qu'à des gains d'efficience pour l'assurance maladie. (10)

Une étude de 2003 de l'IRDES (institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) a porté sur l'évaluation des coûts de prise en charge en hospitalisation à domicile. Elle retrouvait un coût moyen de 140 euros par journée, toute prise en charge confondue, contre un coût moyen journalier de 450 € en hospitalisation de jour et de 300 à 750 € en hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Il n'y avait pas de différence significative entre le coût journalier engendré par un patient relevant de soins ponctuels et un autre relevant de soins

continus. Ainsi, les soins ponctuels ou continus se situent au même niveau, restant moins chers que les soins de phase terminale et plus chers que les soins de réadaptation au domicile. (10-14)

En 2012, une méta-analyse a été réalisée pour estimer les impacts du modèle d'hospitalisation à domicile à travers la littérature scientifique. Elle a montré des bénéfices en termes de réduction de la mortalité, de coûts et de taux de réadmissions à l'hôpital. Elle relève également une augmentation de la satisfaction des patients et des soignants. (1-15)

Depuis, malgré les recommandations de la Cour des comptes, une seule étude comparative des coûts de prise en charge entre HAD et hospitalisation conventionnelle a été réalisée par la HAS. Elle portait sur les chimiothérapies. Elle conclut à un coût de prise en charge en HAD globalement plus faible qu'en hospitalisation conventionnelle, sauf si le patient reste hospitalisé entre les injections. (1)

B. Le fonctionnement de l'HAD

1. Les différents intervenants (8)

- Le médecin traitant

Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il en est le pivot de l'organisation. Il est responsable de la prise en charge du patient, assure le suivi médical ainsi que la surveillance des soins. Son accord est indispensable à la mise en place d'une HAD. Il participe à l'élaboration du projet thérapeutique et au protocole de soins.

- Le médecin coordonnateur

Il est le référent médical de la structure, évaluant les possibilités du traitement prescrit en concertation avec le médecin hospitalier et le médecin traitant. Il assure la continuité des soins, la liaison et la coordination avec le médecin traitant et le médecin hospitalier. Il se prononce sur l'admission et la sortie des patients en HAD, en fonction des critères d'inclusion et de maintien en HAD.

Il ne doit pas se substituer au médecin traitant, sauf en cas d'urgence absolue.

- Le médecin hospitalier

Souvent prescripteur de l'HAD, il transmet les informations médicales concernant le patient et participe à l'élaboration du projet thérapeutique. Il s'engage à assurer le suivi du patient et à le réadmettre en hospitalisation si cela est jugé nécessaire.

- L'équipe soignante

IDE, Aides-soignantes, Sages-Femmes, Puéricultrices, Kinésithérapeutes, Psychologues, Ergothérapeutes, Diététiciennes etc... Ces différents intervenants peuvent être salariés de l'établissement d'HAD ou libéraux.

L'assistante sociale entreprend les démarches auprès des organismes sociaux et services d'aide à domicile.

2. Les soins dispensés

Les soins dispensés en HAD peuvent être classés en 3 catégories : (7)

- Les soins ponctuels : soins techniques et complexes, pour une pathologie non stabilisée et une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés. Par exemple une transfusion, une antibiothérapie intraveineuse, une chimiothérapie.
- Les soins continus : pour une durée non préalablement déterminée, soins techniques, plus ou moins complexes, des soins de nursing lourds, de maintien et d'entretien de la vie, pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent les patients ayant une pathologie évolutive. Par exemple les soins palliatifs.
- La réadaptation au domicile : prise en charge pour une durée déterminée de patients après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie. Par exemple réadaptation après la pose d'une prothèse orthopédique (genou, hanche, appareillage post-amputation) ou

3. Les patients admissibles en HAD

L'HAD s'adresse aux patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, instables et/ou évolutives. Elle permet d'éviter ou raccourcir une hospitalisation conventionnelle en service de soins aigus ou de soins de suite et réadaptation. Si l'HAD n'existait pas, le patient serait hospitalisé. Les malades admissibles en HAD nécessitent des soins complexes avec une coordination des soins, une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins infirmiers quasi-quotidiens avec plus ou moins interventions de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistantes sociales, diététiciennes, orthophonistes. (7)

Ne sont pas admissibles en HAD les malades relevant uniquement:

- De soins à l'acte, non coordonnés.
- De service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- De nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale (malades pris en charge par des structures spécialisées dans ce type de soins) et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.
- Les patients dont l'état nécessite le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels, en raison de la permanence et de la haute technicité des soins, ne relèvent pas non plus de l'HAD. (7)

4. Les modes de prise en charge

Il existe 25 modes de prise en charge en HAD. Il convient de distinguer les modes de prise en charge principaux (MPP) des modes de prise en charge associés (MPA). Pour chaque patient et chaque prise en charge en HAD, la cotation du séjour se fait à l'aide du MPP, du MPA et de l'indice de Karnofsky. Ce dernier correspond à l'appréciation globale de l'état général du malade donnée par des indices de performance, permettant d'évaluer son niveau de dépendance. Il est coté de 10 à 100% en fonction de l'état du patient. (Annexes 3 et 4)

Le MPP est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc. (16)

Les différents modes de prise en charge principal sont identifiés par un numéro et sont : (16)

1. Assistance respiratoire
2. Nutrition parentérale
3. Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre
4. Soins palliatifs
5. Chimiothérapie anticancéreuse
6. Nutrition entérale
7. Prise en charge de la douleur
8. Autres traitements
9. Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10. Post traitement chirurgical
11. Rééducation orthopédique
12. Rééducation neurologique
13. Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
14. Soins de nursing lourds
15. Education du patient et de son entourage
17. Surveillance de radiothérapie
18. Transfusion sanguine
19. Surveillance de grossesse à risque
21. Post-partum pathologique
22. Prise en charge du nouveau-né à risque
24. Surveillance d'aplasie
29. Sortie précoce de chirurgie

Depuis le 1^{er} mars 2015, le mode de prise en charge n°20 « Retour précoce à domicile après accouchement » a été supprimé au profit du développement du PRADO (Programme de retour à domicile). Il concerne les accouchements physiologiques et les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social à la sortie de la maternité. (18)

Depuis le 1^e mars 2016, un nouveau MPP a été mis en place, le n°29 intitulé « Sortie précoce de chirurgie ». Il est utilisable en EHPAD et sa pondération est identique à celle du MPP n°10. (19)

Le MPA, s'il y a lieu, est celui dont le patient a bénéficié et qui a consommé moins de ressources que le MPP. S'il en existe plusieurs, le MPA retenu sera celui qui aura consommé le plus de ressources après le MPP.

Les différents modes de prise en charge associés sont : (16)

- 00. Pas de protocole associé
- 01. Assistance respiratoire
- 02. Nutrition parentérale
- 03. Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre
- 04. Soins palliatifs
- 05. Chimiothérapie anticancéreuse
- 06. Nutrition entérale
- 07. Prise en charge de la douleur
- 08. Autres traitements
- 09. Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
- 10. Post traitement chirurgical
- 11. Rééducation orthopédique
- 12. Rééducation neurologique
- 13. Surveillance post chimiothérapie
- 14. Soins de nursing lourds
- 15. Education du patient et de son entourage
- 17. Surveillance de radiothérapie
- 18. Transfusion sanguine
- 19. Surveillance de grossesse à risque
- 21. Post-partum pathologique

- 24. Surveillance d'aplasie

25. Prise en charge psychologique et/ou sociale

Les modes de prise en charge 1, 2, 6, 11, 12, 14 et 17 ne peuvent justifier à eux seuls une mise en place d'HAD. Ils doivent être associés à un autre mode de prise en charge. (Exemple : 6 et 14 ou 6 et 3)

En 2013, les soins palliatifs étaient la première activité des établissements d'HAD. Ils représentaient 25% du nombre total de journées en HAD.

En 2014, les pansements complexes sont devenus la principale activité. Ils totalisaient 24,9% des journées d'HAD. Les soins palliatifs reculaient de 5,4%. Les soins de nursing lourds et les traitements intraveineux ont, quant à eux, fortement progressé pour atteindre respectivement 11,1% et 5,7% de l'activité totale. Le nombre de chimiothérapies anticancéreuses a augmenté de près de 19 % par rapport à 2013 ; ce mode de prise en charge représentant 2,3% de l'activité en HAD. (12)

5. Les différents types d'HAD

Les établissements d'HAD peuvent être privés à but non lucratif, privés à but lucratif ou publics. Ces établissements sont soit rattachés à un établissement hospitalier soit autonomes (créés par une association, une fondation ou une mutuelle). (6)

Ils sont cependant tous considérés depuis 2009 comme des établissements de santé. Ils en assument toutes les obligations, notamment en matière de sécurité et de qualité, de continuité des soins et de respect des droits des patients. Ils mettent en œuvre la lutte contre les infections nosocomiales, la lutte contre la douleur, la prévention des risques. Ils sont certifiés par la HAS dans les mêmes conditions que les établissements hospitaliers classiques. (11)

En 2014, les structures publiques représentent 41% des structures autorisées, elles assurent 26% des journées.

Les structures privées à but non lucratif représentent 42% des structures et assurent 62% de l'activité.

Les structures privées à but lucratif représentent 12% des établissements, elles assurent 17% de l'activité. (12)

Ces chiffres sont stables ces dernières années. (Annexe 5)

IV. L'HAD et les médecins généralistes

Une étude a été réalisée en 2015 sur les connaissances de MG concernant les modes de prise en charge en HAD. Il en résulte que les MG connaissent bien les modes de prise en charge les plus fréquents, tels que les soins palliatifs (88% des répondants), un traitement intraveineux (81%), les nutritons parentérales (86%) et entérale (78%), la prise en charge de la douleur (75%), les soins de nursing lourds (73%), les pansements complexes (66%). Dans cette étude, 97% des MG interrogés avaient déjà travaillé avec une HAD mais seul 20% avaient participé à une formation sur le sujet. (3)

En 2011, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a montré que les médecins généralistes étaient globalement très satisfaits de l'HAD. L'effectif de l'étude était de 1900 MG exerçant dans cinq régions (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence - Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire). Le principal motif de recours à l'HAD était le confort du patient (95%). Les généralistes se disaient très satisfaits de la qualité de prise en charge de leur patient. En effet, 93% des praticiens déclaraient que l'HAD avait répondu à leurs attentes concernant la prise en charge de leur dernier patient. Seuls 49% des MG interrogés estimaient avoir été correctement rémunéré.

Les principaux points de mécontentements étaient les difficultés rencontrées dans la circulation d'informations (66% des médecins interrogés) et des problèmes relationnels avec le personnel soignant (43%) et leurs confrères (27%) des contraintes administratives trop lourdes (41%) et un manque d'attractivité financière (18%). (4)

Ces résultats rejoignent ceux d'autres travaux.

Une étude a été menée en 2011 sur les attentes des MG vis-à-vis de l'HAD sur le secteur de Grenoble. Les principales attentes des MG interrogés étaient le respect du patient d'être soigné au domicile (91%), l'amélioration de la fin de vie (89%) un travail en équipe (76%) et la réalisation de démarches sociales (70%). Les freins majeurs exprimés étaient la difficulté à trouver sa place au cours d'une prise en charge en HAD (34%) et l'aspect chronophage d'une telle prise en charge (33%). 89% des MG souhaitaient recevoir une information pratique sur l'HAD. (19)

Le travail réalisé en 2013 sur l'HAD du CH de Montauban a permis d'interroger 22 MG ayant déjà eu trois patients ou plus pris en charge par cette HAD au cours des deux années précédents. Parmi eux, 23% des MG avaient la sensation que l'HAD leur avait été imposé dans leur pratique et 32% avaient le sentiment d'être dépossédé de la prise en charge de leur patient et à ne pas avoir trouvé leur place dans cette prise en charge. Par contre, ils étaient 77% à avoir un avis positif sur leur implication dans l'élaboration du projet de soins et 86% à ne pas souhaiter être impliqué d'avantage dans la permanence des soins. Le taux de satisfaction concernant les transmissions de fin de séjour atteignait 96%. (20)

Une étude qualitative de 2010 a permis d'interroger 16 MG sur leur vécu et leur ressenti lors de la prise en charge d'un patient en HAD. Il en ressortait une appréhension initiale qui s'estompait suite à l'expérience et la connaissance du fonctionnement de l'HAD. La principale crainte était celle d'une prise en charge lourde et chronophage, venait ensuite la peur de ne pas avoir les compétences requises. La place du MG dans la prise en charge en HAD restait confuse pour la plupart des MG interrogés. Le manque de communication et de coordination entre l'équipe libérale et hospitalière était également souligné. (21)

Les problèmes de communications et la crainte d'une limite des compétences étaient également pointés du doigt par une étude de 2009 à laquelle 85 MG du secteur cannois avaient participé. Cependant, le système de rémunération et les délais d'admission y constituaient les principales réserves à l'utilisation de l'HAD. L'utilité de l'HAD était exprimée par 92.9% des MG et 74% étaient satisfait d'une telle structure mais ils étaient 43.5% à souhaité un suivi total du patient par un confrère

hospitalier durant une HAD. Les études médicales ne remplissaient pas un rôle de formation et d'information suffisant sur l'HAD pour 76.5% des MG. (22)

Le ressenti des MG sur les intérêts et les insuffisances de l'HAD a également été exploré en 2008 au décours d'un travail de recherche portant sur l'HAD de Crest. Sur les 40 MG participants, 50% exprimaient que l'HAD leur avait été imposée dans leur pratique, 30% avaient le sentiment de perdre un peu leur rôle de médecin traitant et 75% ne souhaitaient pas passer la main à l'HAD pendant le temps de la prise en charge. Ils étaient 92% à répondre que l'HAD permettait de raccourcir ou éviter une hospitalisation. 79% se disaient suffisamment informé des évènements concernant la prise en charge du patient, 55% avaient pris part à la décision de sortie d'HAD. (23)

En 2013, près de 4000 MG libéraux exerçaient dans le Nord-Pas-de-Calais dont 35% de femmes. Leur âge moyen était de 50,9 ans (24)

A ce jour, peu d'études se sont intéressées au ressenti des MG du Nord-Pas-de-Calais concernant les prises en charge en HAD. Les études menées ont montré qu'ils connaissaient bien les modes de prise en charge les plus fréquents mais que l'HAD restait sous-utilisée par les MG. Leur principal motif de recours étant la prise en charge de soins palliatifs et d'accompagnement au domicile. La prescription d'une HAD reste essentiellement hospitalière.

Nous nous sommes donc intéressé aux attentes des MG lors de la prise charge d'une HAD et aux freins qu'ils peuvent avoir vis-à-vis de cette structure. L'objectif étant d'identifier les principaux points de blocage à l'expansion de l'HAD dans la région.

MATERIELS ET METHODES

I. Choix de la méthode

Afin d'optimiser le développement de la prescription de l'HAD par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, nous avons réalisé un questionnaire pour évaluer leurs attentes quant à ce dispositif et leurs principaux freins persistants à sa mise en place.

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, prospective réalisée via un questionnaire électronique envoyé à des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais d'avril à juillet 2016. Les questions étaient binaires et fermées pour faciliter l'analyse statistique des résultats.

II. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec le Dr Sara Balagny. Nous nous sommes inspirées de différents travaux déjà effectués sur le sujet ainsi que sur notre expérience au sein de l'HAD du CHRU de Lille. (1-2-19-20-21-22-23-25) Nous avons abouti à un questionnaire comportant 43 questions dont une seule réponse ouverte concernant le lieu d'exercice. Le questionnaire a ensuite été informatisé via le logiciel Google Drive.

L'envoi du questionnaire se faisait donc par mail accompagné d'un courrier expliquant le sujet de la thèse, son objectif et le temps nécessaire prévu pour répondre aux questions. La compréhension du questionnaire et la durée de cinq minutes pour y répondre avaient été estimés en le faisant tester par quatre médecins généralistes remplaçants. Un lien dans le courrier électronique permettait de répondre en ligne de manière anonyme. Le questionnaire pouvait également être transmis en version papier.

Le questionnaire était divisé en 4 parties : (Annexe 6)

A. Les données démographiques

Cette première partie était composée de six questions pour caractériser la population étudiée : le sexe, l'année de naissance, l'année d'installation, le lieu d'exercice, le mode d'exercice seul ou en groupe et le secteur d'activité urbain, rural ou semi-rural.

B. Les renseignements généraux

Cette partie était consacrée à l'expérience qu'ont les médecins généralistes de l'HAD. Les questions concernaient la formation sur l'HAD, sa prescription et le ressenti des médecins généralistes sur son utilisation. Nous cherchions à savoir s'ils pensaient que l'HAD leur avait été imposé dans leur pratique, s'ils s'étaient approprié ce dispositif ou s'ils avaient le sentiment de perdre partiellement leur rôle de médecin traitant lors d'une prise en charge en HAD. Trois questions portaient sur la place du médecin traitant lors d'une telle prise en charge.

C. Les attentes de médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD

La troisième partie du questionnaire portait sur les attentes des médecins généralistes lors d'une HAD concernant leur pratique et implication personnelles d'une part et concernant la prise en charge du patient d'autre part.

Nous avons établi une liste de quinze propositions auxquelles les médecins devaient répondre par oui ou par non en fonction de leurs propres attentes.

La dernière question reprenait l'ensemble des items énumérés et demandait de cibler les trois principales attentes parmi toutes celles citées.

D. Les freins des médecins généralistes à la mise en place d'une HAD

La quatrième et dernière partie concernait les freins des médecins généralistes à la mise en place d'une HAD, en reprenant le fonctionnement de la partie précédente. Dix freins étaient proposés sur le mode de fonctionnement de l'HAD, le degré d'implication nécessaire, la rémunération. Il était également demandé aux médecins d'identifier les trois principaux freins parmi les différentes propositions.

III. Echantillon sélectionné

Le recueil de données s'est déroulé entre avril et juillet 2016.

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique aux maîtres de stage universitaires (MSU) de la faculté de médecine de Lille, par l'intermédiaire du département de médecine générale. Ils étaient au nombre de 103. Un recrutement parallèle a également été effectué par l'auteur parmi les médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais. Le questionnaire a ainsi été envoyé aux médecins participants à la FMC de Villeneuve d'Ascq, aux différents médecins remplacés par l'auteur ou son entourage. Soixante-dix MG ont ainsi été sollicités.

Devant un faible taux de réponses, il a été décidé de renvoyer le questionnaire par courrier électronique à 6 MSU n'ayant pas répondu et dont nous avons l'adresse mail. Cela a permis d'obtenir 2 nouvelles réponses.

Les questionnaires remplis en version papier ont été intégrés par l'auteur aux réponses électroniques. Il était au nombre de 15.

IV. Méthode statistique

L'analyse statistique a été réalisée par le service de la plateforme d'aide méthodologique de CHRU de Lille à l'aide des logiciels Microsoft Excel et RStudio Version 0.99.902.

Les variables qualitatives et quantitatives binaires sont décrites en pourcentage à l'aide de diagrammes circulaires et d'histogrammes. Le calcul de leur intervalle de confiance à 95% (IC à 95%) a été calculé à l'aide d'une loi binomiale.

Les analyses multivariées des variables qualitatives étaient réalisées par un test de Chi 2. Les analyses bivariées d'une variable qualitative avec une variable quantitative étaient réalisées par un test t de Student.

Le seuil de significativité était de 5% ($p < 0.05$)

RESULTATS

Durant la période de recueil, 70 MG ont répondu au questionnaire sur les 173 sollicités, soit un taux de réponse de 40%.

Parmi les 103 MSU ayant reçu le questionnaire, 28 y ont répondu soit un taux de réponse de 27%. Parmi les 70 MG recrutés par l'auteur, 48 ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 60%.

Dans la population étudiée, on comptait 74% d'hommes et 26% de femmes. L'âge moyen était de 51 ans. La durée d'installation moyenne était de 20 ans.

77% des médecins exerçaient en groupe.

Parmi les participants, 53% exerçaient une activité urbaine, 38% une activité semi-rurale 38% et 8% une activité rurale.

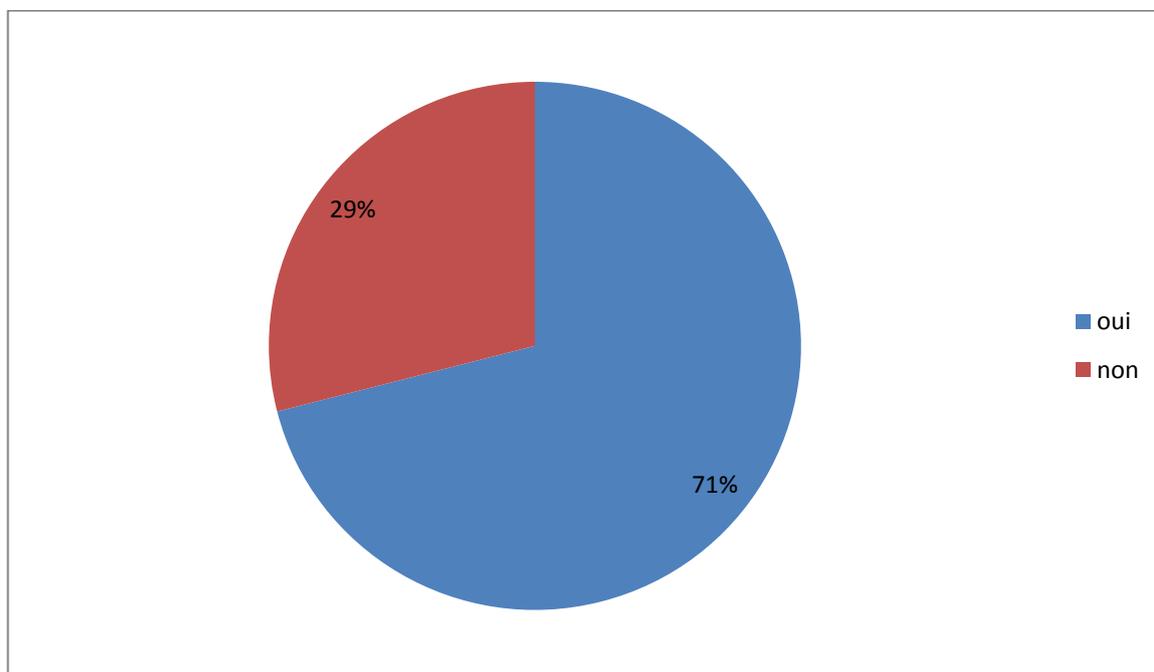
Les données démographiques des MG ayant répondu au questionnaire sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Les caractéristiques de la population

Caractéristiques	Valeur	IC à 95%
Féminin	25.71% (n=18)	[16.01 ; 37.56]
Masculin	74.29% (n=52)	[62.44 ; 83.99]
Age (années)	51.42	[48.89 ; 53.95]
Durée d'exercice (années)	20.77	[18.14 ; 23.4]
Exercice seul	22.86% (n=16)	[13.67 ; 34.45]
Exercice en groupe	77.14% (n=54)	[65.55 ; 86.33]
Activité urbaine	52.86% (n=37)	[40.55 ; 64.91]
Activité semi-rurale	38.57% (n=27)	[27.17 ; 50.97]
Activité rurale	8.57% (n=6)	[3.21 ; 17.73]

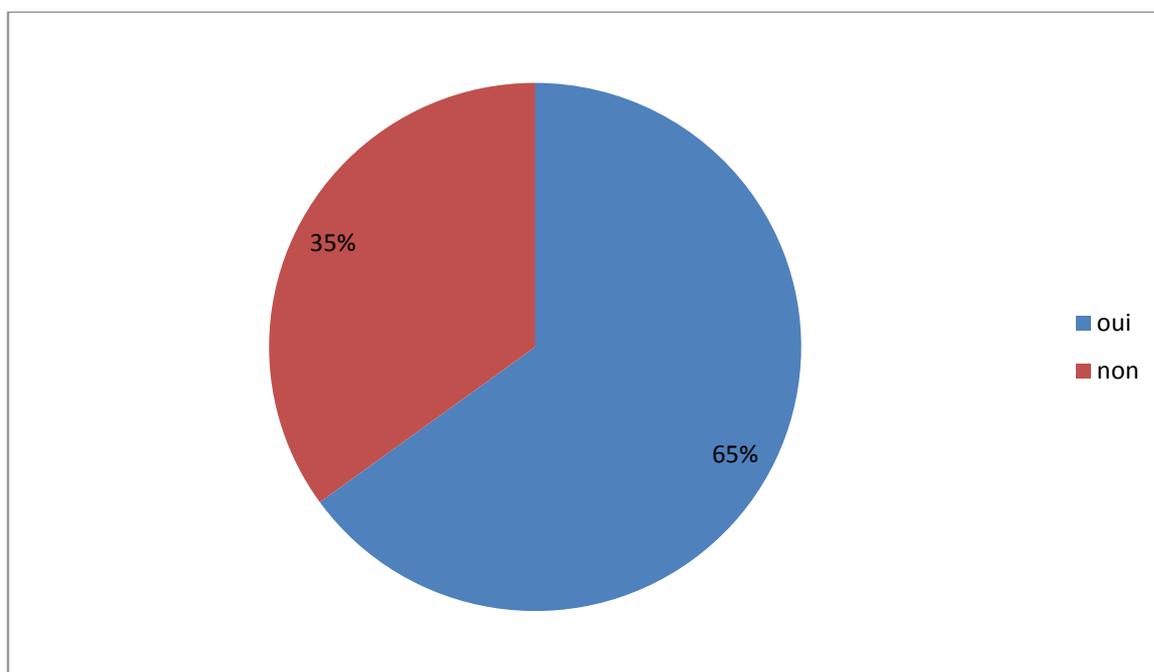
I. Expérience de l'HAD

Figure 1 : Formation sur le fonctionnement de l'HAD et ses critères d'inclusion

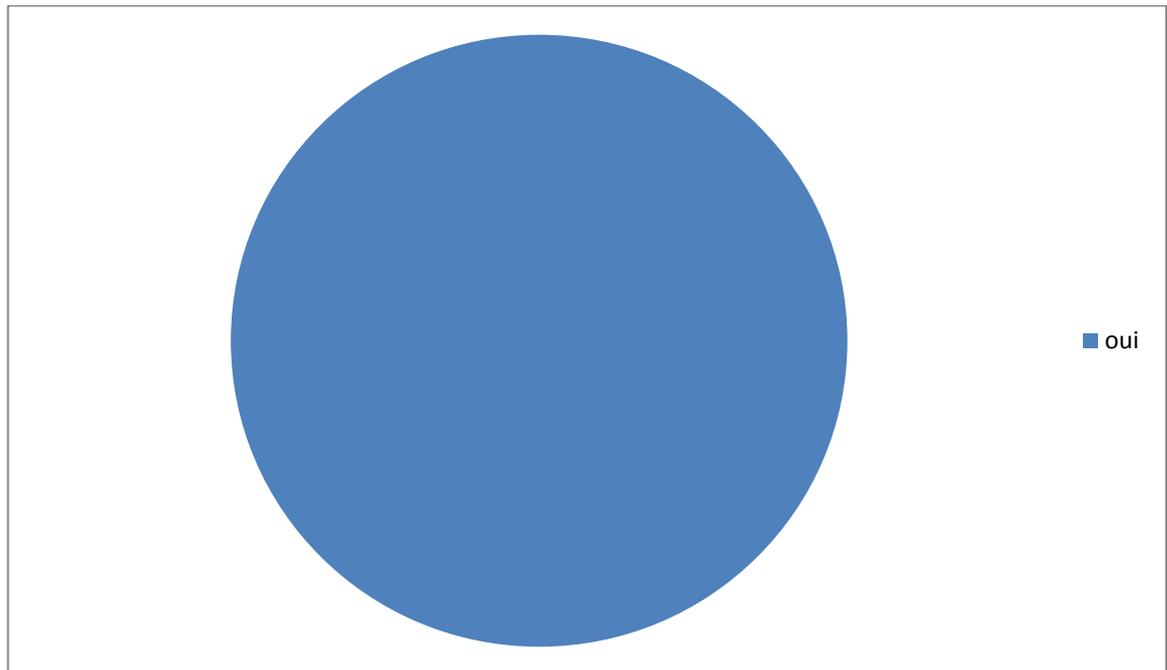


71% des médecins interrogés avait déjà participé à une formation sur l'HAD, soit 50 médecins sur les 70 participants

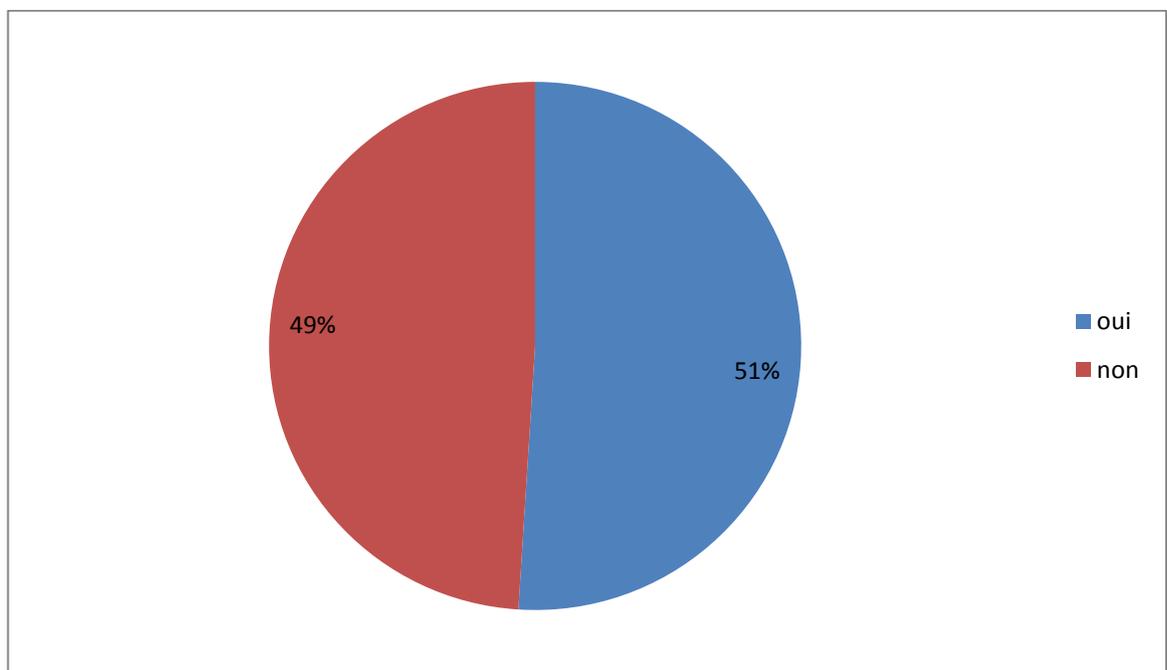
Figure 2 : Si non, une formation vous semble-t-elle nécessaire ?



Parmi les 20 médecins n'ayant jamais eu de formation sur l'HAD, 13 ont jugés que cela serait nécessaire (65%).

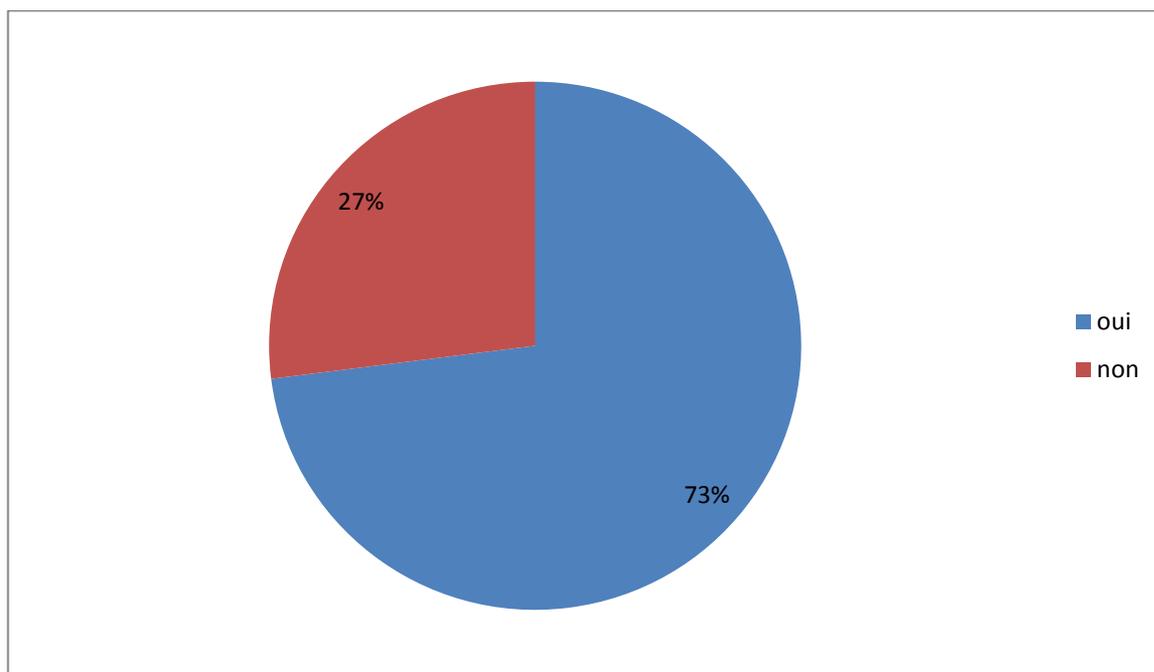
Figure 3 : Avez-vous déjà pris en charge un patient en HAD

100% des répondants avaient déjà pris en charge un patient en HAD.

Figure 4 : Avez-vous déjà prescrit une HAD ?

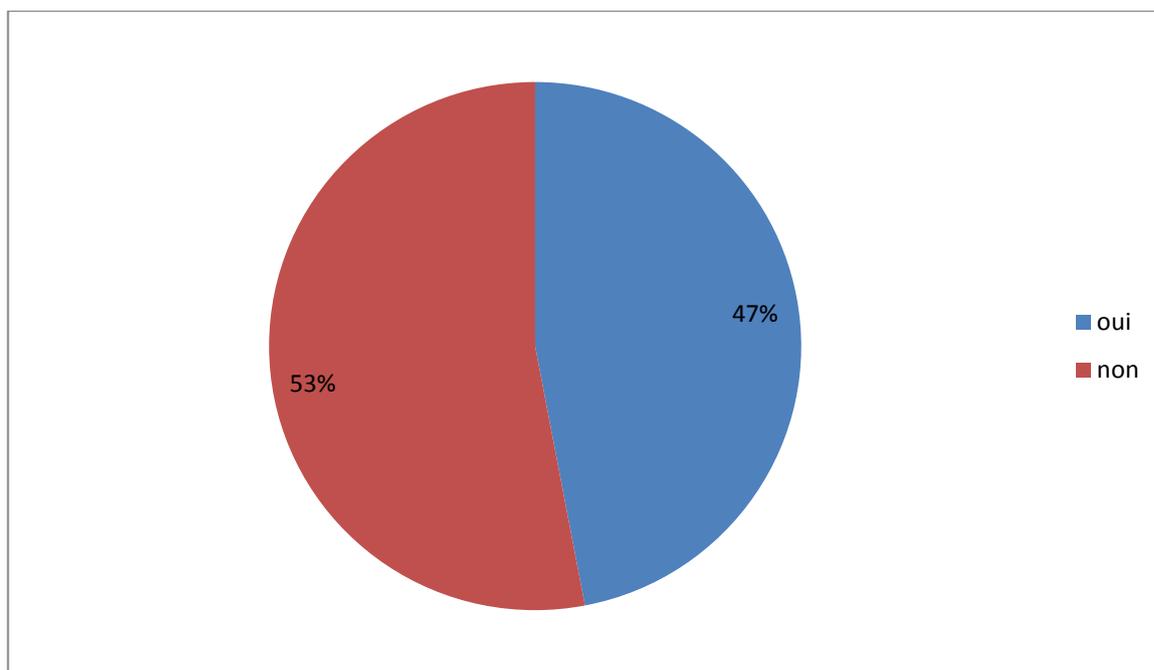
Parmi les médecins interrogés, 51% avaient déjà prescrit une HAD pour un de leur patient.

Figure 5 : Avez-vous le sentiment que l'HAD vous est imposée dans votre pratique ?



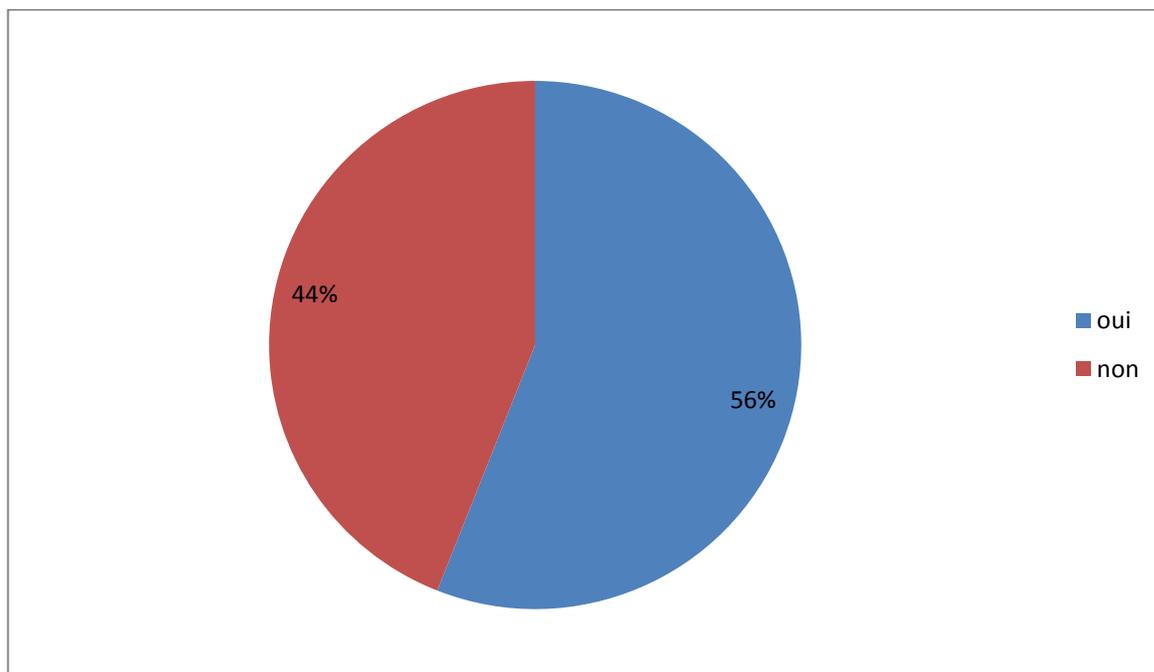
51 MG avaient le sentiment que l'HAD leur était imposée soit 73% des participants.

Figure 6 : Vous êtes-vous approprié ce dispositif, ce mode de prise en charge ?



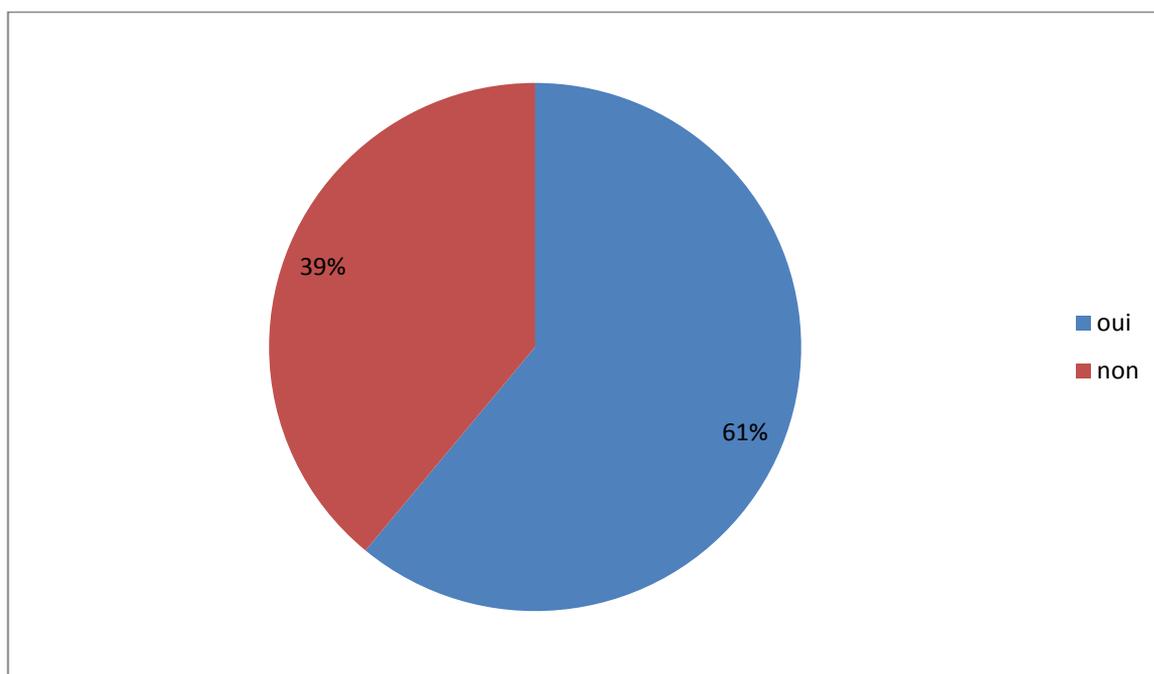
Parmi les 70 MG interrogés, 33 déclaraient s'être approprié le mode de prise en charge en HAD soit 47% de la population.

Figure 7 : Avez-vous le sentiment de perdre partiellement votre rôle de médecin traitant auprès de vos patients en HAD ?

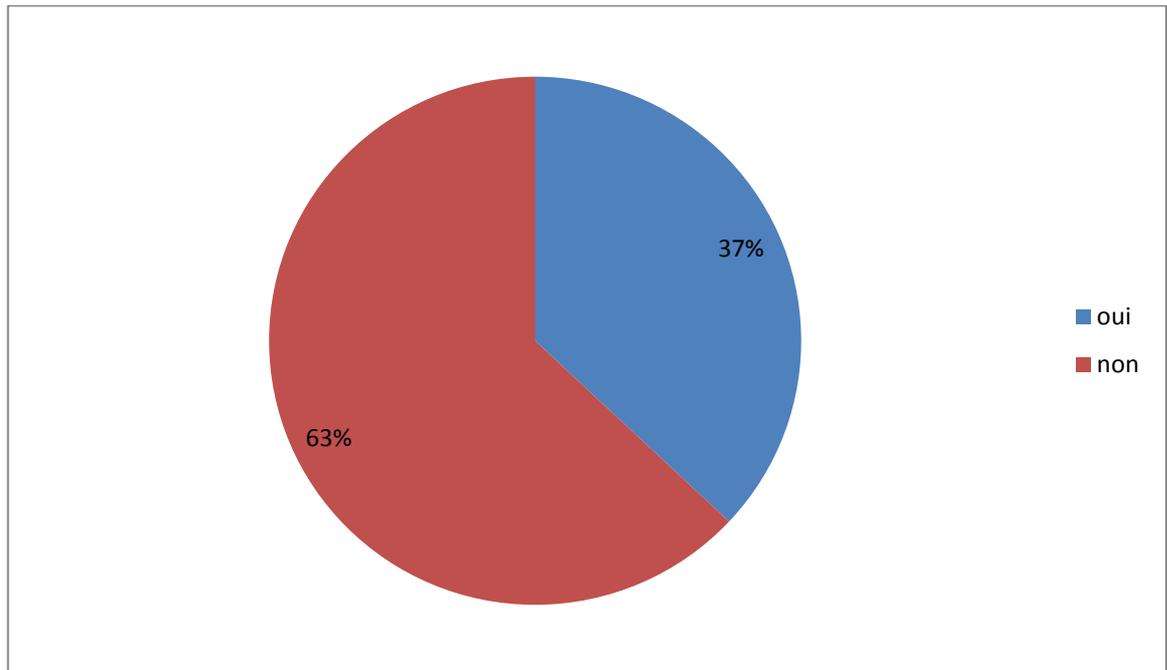


39 MG, représentant 56% de la population, estimaient perdre partiellement leur rôle de médecin traitant auprès de leur patient lors d'une prise en charge en HAD

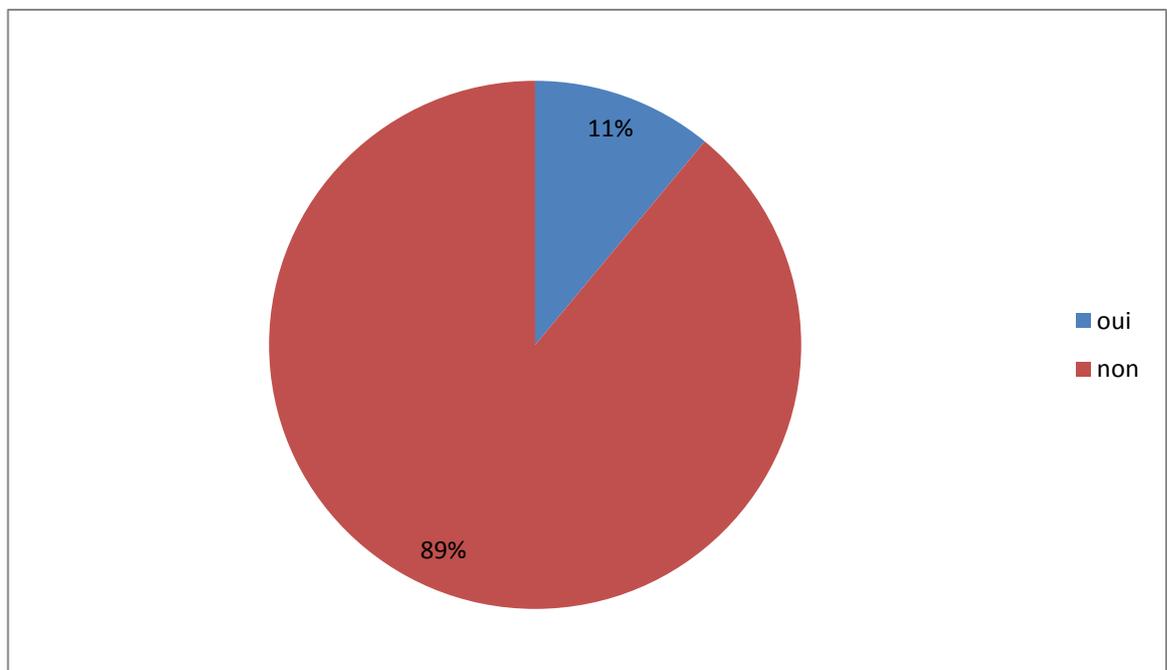
Figure 8 : Avez-vous le sentiment de trouver votre place dans la prise en charge en HAD ?



42 MG (61% de la population) affirmaient trouver leur place dans la prise en HAD.

Figure 9 : Souhaiteriez-vous une place plus importante ?

44 MG ne souhaitaient pas une place plus importante, représentant 63% des réponses.

Figure10 : Souhaiteriez-vous une place moins importante ?

89% des MG ne souhaitaient pas une place moins importante (62 sur 70 MG).

Les analyses multivariées réalisées n'ont pas mis en évidence d'association significative entre la formation sur l'HAD et la prescription d'HAD.

Une association significative entre le sentiment d'appropriation du dispositif d'HAD et la prescription de l'HAD par les MG a été mise en évidence ($p=0.03$).

Une association significative entre le sentiment de trouver sa place dans la prise en charge en HAD et la prescription d'HAD a également été mise en évidence ($p=0.002$).

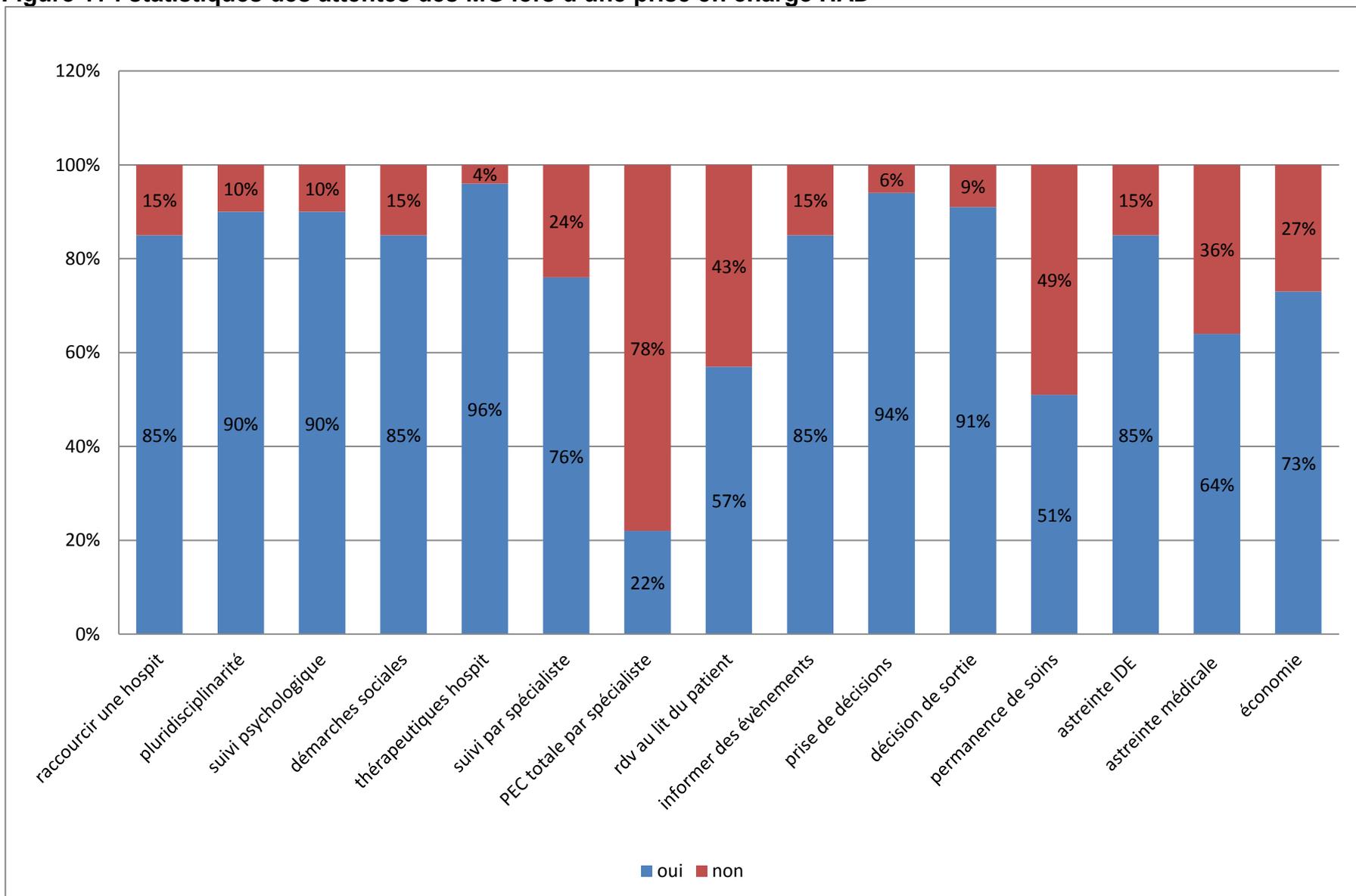
Par contre, aucune association significative en ce qui concerne la prescription d'HAD en fonction du sentiment que l'HAD est imposée aux MG, ni en fonction du sentiment de perdre partiellement le rôle de médecin traitant.

Par ailleurs, aucune différence significative n'a été relevée entre les MG prescripteurs d'HAD et les MG non prescripteurs d'HAD. Les analyses portaient sur l'âge, le secteur d'activité et le mode d'exercice.

II. Attentes des MG lors d'une prise en charge en HAD

Les statistiques des différentes attentes des MG lors de la prise en charge d'un patient en HAD sont présentées dans la figure 11.

Figure 11 : statistiques des attentes des MG lors d'une prise en charge HAD



Parmi les différentes propositions, lors d'une prise en charge en HAD, 96% des médecins interrogés ont répondu souhaiter avoir un accès à des thérapeutiques hospitalières (midazolam, pompe à morphine, antibiothérapie à délivrance hospitalière...). Seuls 6 médecins n'avaient pas cette attente.

94% des MG ont notifié vouloir être impliqué dans les prises de décision concernant le suivi de leur patient en HAD.

91% des MG souhaitaient prendre part à la décision de sortie d'HAD de leurs patients.

90% des MG attendaient un travail en équipe pluridisciplinaire et la possibilité d'un suivi psychologique pour le patient et son entourage.

Raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle, faciliter les démarches sociales, bénéficier d'une astreinte IDE 24h/24h et être suffisamment informé des évènements, du suivi concernant la prise en charge de leur patient en HAD représentaient une attente pour 85% des médecins interrogés.

76% des MG aspiraient à un suivi de leur patient par un médecin spécialisé dans la pathologie avec un accès facilité à un avis spécialisé.

La réalisation d'une économie sur les coûts de santé par rapport à une hospitalisation conventionnelle était exprimée par 73% de la population étudiée.

Une astreinte médicale 24h/24 étaient attendue par 64% des MG.

51% des MG demandaient à être impliqué davantage dans la permanence des soins de leurs patients en HAD.

Concernant l'organisation de rencontres au lit du patient entre les différents intervenants plus que des correspondances téléphoniques, 57% des MG y étaient favorables.

Seuls 22% des MG souhaitaient une prise en charge totale de leur patient par un confrère hospitalier lors d'une HAD.

Les 3 principales attentes

Parmi les 15 items proposés, raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle et avoir accès à des thérapeutiques hospitalières ont été désignés comme les principales attentes par les MG interrogés, avec chacun un taux de 64%. La 3^e principale attente était le travail en équipe pluridisciplinaire avec un taux de 41%.

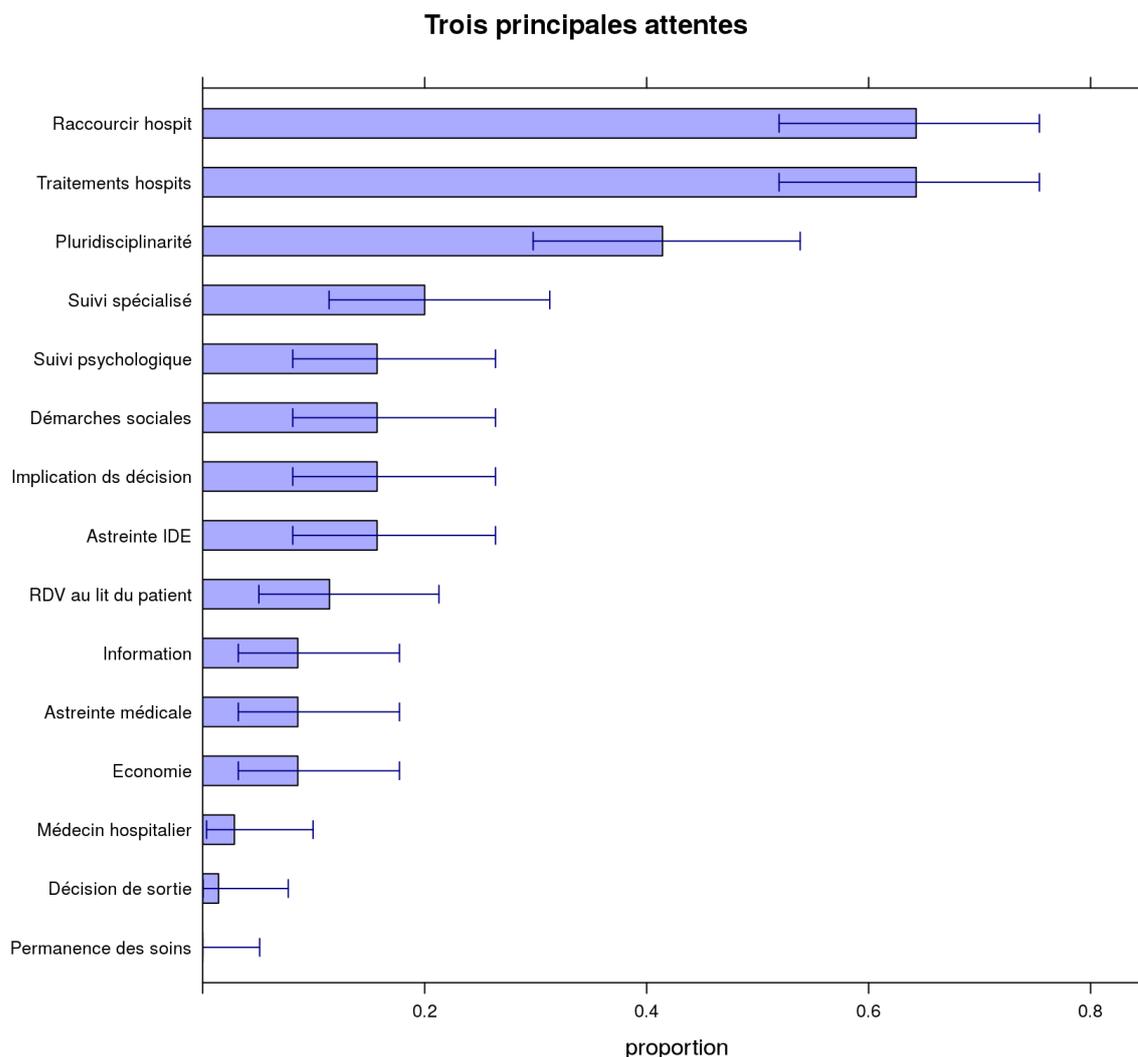
Si prendre part à la décision de sortie d'HAD de leur patient était souhaité par 61MG interrogés (91%), seul un MG l'a désigné comme attente principale (1.4%)

Etre impliqué dans les prises de décisions concernant le suivi du patient était une attente pour 63 MG (94%) mais ne représentait une de leurs 3 principales attentes que pour 11 d'entre eux (16%).

De même pour le suivi psychologique du patient et de son entourage qui était choisi comme principale attente par 11 MG (16%). Il représentait une attente pour 60 MG (90%).

Les statistiques des 3 principales attentes des MG lors d'une prise en charge en HAD sont présentées dans la figure 12.

Figure 12 : les 3 principales attentes des MG vis-à-vis de l'HAD



III. Freins de MG à la mise en place d'une HAD

Les statistiques des différents freins des MG vis-à-vis de la mise en place d'une HAD sont présentées dans la figure 13.

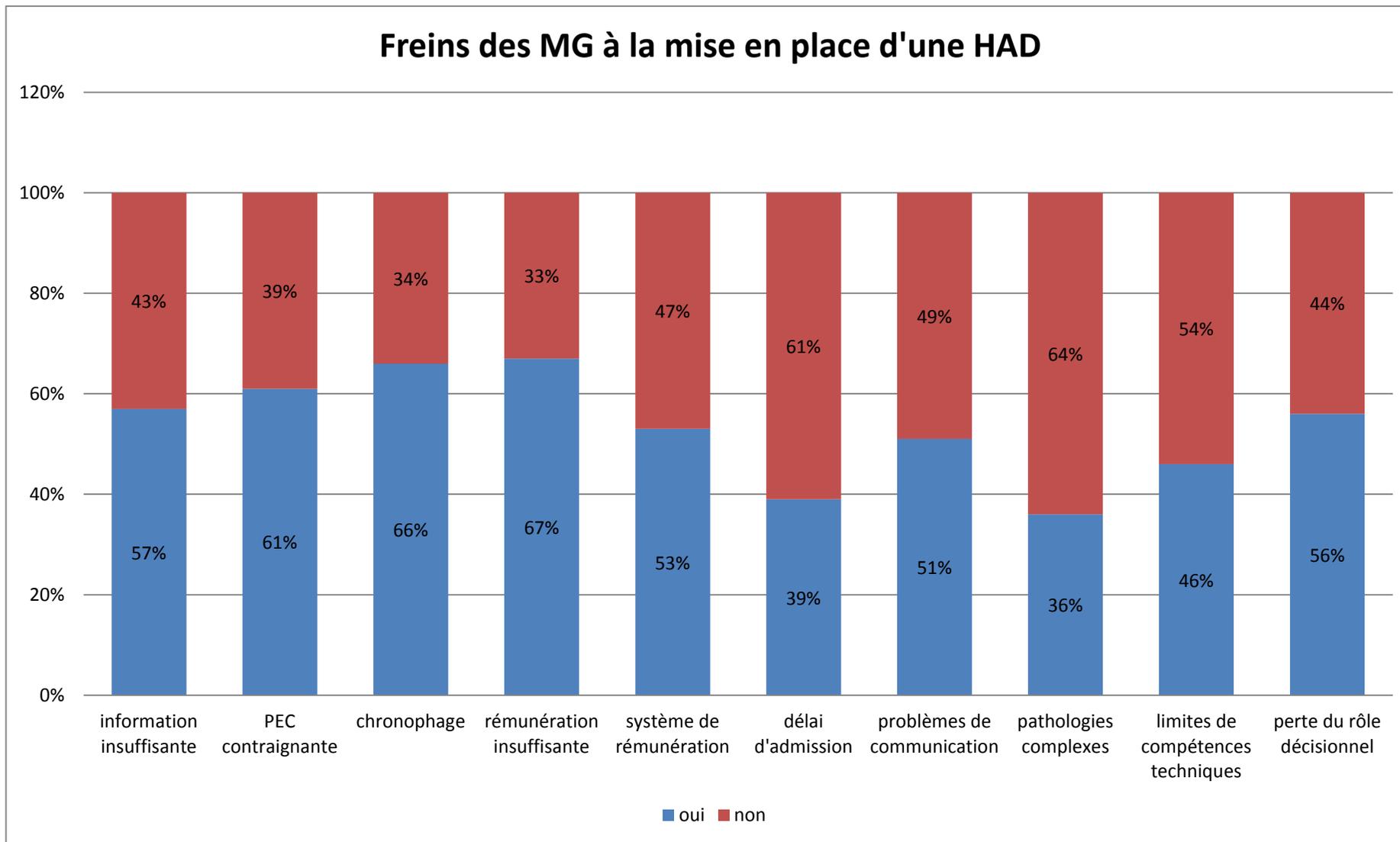


Figure13 : statistiques des freins de MG vis-à-vis de la mise en place d'une HAD

Une rémunération insuffisante au regard du temps passé représentait un frein à la mise en place d'une HAD pour 67% des médecins interrogés, soit 47MG.

66% des MG décrivaient comme frein l'aspect chronophage d'une prise en charge en HAD.

61% des MG évoquaient l'aspect contraignant d'une prise en charge en HAD comme frein à sa mise en place.

L'information insuffisante concernant le fonctionnement de l'HAD avant sa mise en place pour un patient était un frein pour 57% des MG.

Le sentiment de perte du rôle décisionnel du MG représentait un frein pour 56% d'entre eux.

53% des MG estimaient que le système de rémunération (effectué par l'établissement) constituait un frein à la mise en place d'une HAD.

51% des MG mettaient en avant des problèmes de communication entre médecin.

Le sentiment de limite de compétences techniques représentait un frein pour 46% des MG.

39% des MG répondaient que le délai d'admission trop long, le manque de réactivité était un frein à l'HAD.

Seuls 36% des MG estimaient que la prise en charge de pathologies complexes était un frein à la mise en place d'une HAD.

Les 3 principaux freins

Parmi les 10 items proposés, les MG ont désigné l'aspect chronophage de la prise en charge d'un patient en HAD et l'aspect contraignant d'une telle prise en charge comme les principaux freins à sa mise en place, avec chacun un taux de 51%.

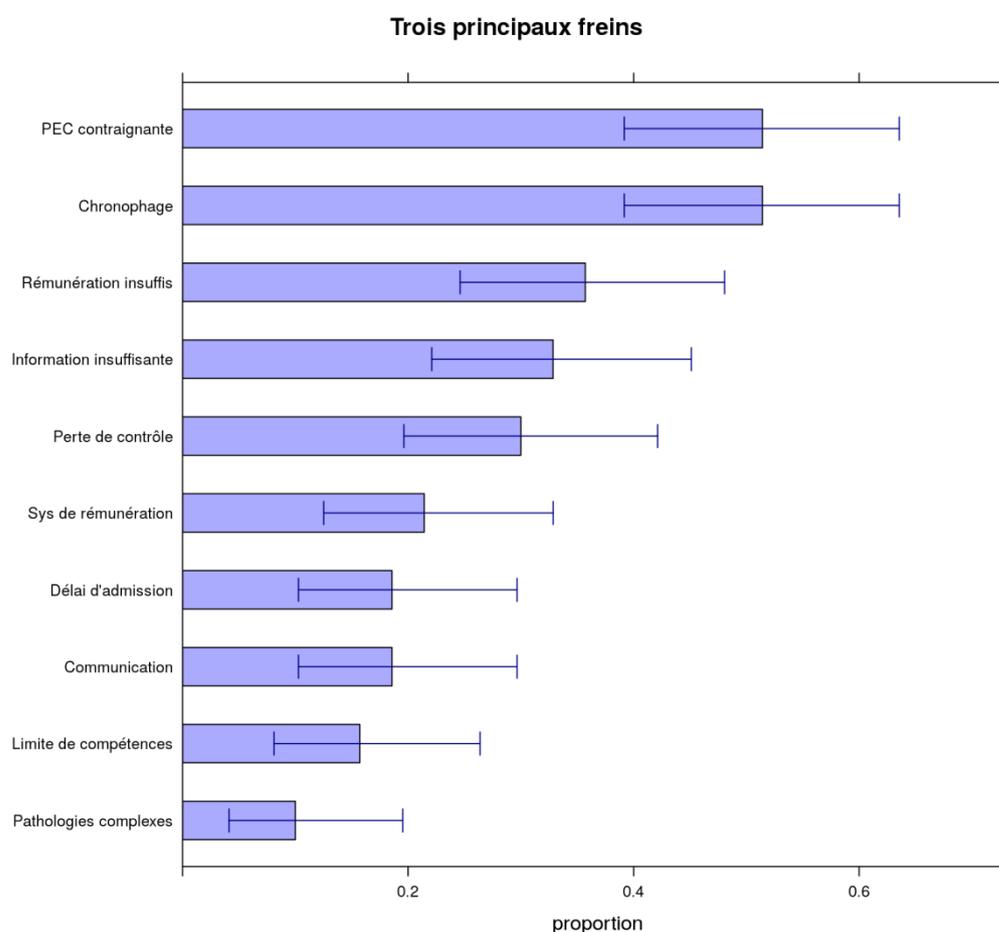
Le 3^e frein principal était la rémunération insuffisante au regard du temps passé avec un taux de 36%.

Le classement des principaux freins par ordre décroissant est globalement superposable à celui des 10 freins proposés.

L'information insuffisante sur le fonctionnement de l'HAD arrive ainsi en 4^e position dans les deux classements avec un taux de 33% comme frein principal, suivi par le sentiment de perte du rôle décisionnel (30%) et du système de rémunération (21%).

La prise en charge de pathologies complexes obtenait un taux de 10%, seuls 7 MG sur 70 l'avaient identifié comme frein principal.

Figure 14 : les 3 principaux freins des MG à la mise en place d'une HAD



Les 3 principales attentes et les 3 principaux freins étaient les mêmes chez les MG prescripteurs et non prescripteurs d'HAD.

Les 3 principales attentes étaient dans les 2 cas :

- raccourcir ou éviter une hospitalisation
- avoir accès à des thérapeutiques hospitalières
- travailler en équipe pluridisciplinaire

Les 3 principaux freins étaient dans les 2 cas :

- une prise en charge contraignante
- l'aspect chronophage d'une prise en charge en HAD
- une rémunération insuffisante au regard du temps passé

DISCUSSION

I. Méthodologie

A. Biais de sélection

Le taux de réponse des MSU est faible. Cela peut être dû au fait qu'ils reçoivent un nombre important de sollicitations à des travaux de thèse et ne peuvent répondre à tous. Cela peut également traduire un manque d'intérêt pour le sujet de cette étude. Le taux de réponse plus élevé des MG recrutés parmi les connaissances de l'auteur peut s'expliquer par le fait que les MG ainsi recrutés sont plus disposés à répondre au questionnaire.

Concernant la représentativité de l'échantillon étudié, la population des répondants est semblable à la population générale des MG du Nord-Pas-de-Calais pour ce qui est de l'âge (51 ans en moyenne dans l'étude pour 50,9 ans dans la population générale). La proportion d'hommes est plus importante dans l'étude avec 74% contre 65%. Les MG de l'étude travaillant en groupe sont plus nombreux (77%) que dans la population de MG du Nord-Pas-de-Calais (45%). Cette différence s'explique par le recrutement de l'échantillon. En effet, les MSU doivent se regrouper en UPL (unité pédagogique locale), ils sont sensibilisés au travail pluridisciplinaire, à l'interaction entre médecins et peu exercent seuls dans leur cabinet. Par ailleurs, le recrutement par l'auteur des MG connus lors de remplacements explique également ce chiffre élevé, le travail en groupe ayant été un critère primordial dans le choix des remplacements.

B. Biais de formulation

Dans cette étude, le choix a été fait d'utiliser des réponses uniquement binaires (oui ou non) car elles ont l'avantage d'obliger les répondants à trancher. Le but était d'essayer d'identifier plus nettement des éléments sur lesquels travailler par la suite pour favoriser l'essor de la prescription de l'HAD par les MG. Les réponses binaires

manquent parfois de nuance. Les échelles de Likert auraient permis d'avoir des réponses plus fines mais compliquent l'analyse statistique.

C. Les modalités de recueil

Le choix du questionnaire électronique expose à un effet de mobilisation. Nous pouvons en effet penser que les MG répondants sont ceux intéressés par le sujet.

Les adresses mails des MSU n'ont pas été communiquées par le DMG, une relance n'a donc été possible qu'auprès de 6 MSU dont nous connaissons les coordonnées électroniques. Le DMG a refusé d'effectuer une relance auprès des MSU n'ayant pas répondu au questionnaire lors du premier envoi, ce qui peut contribuer à expliquer le faible taux de réponse de cette population. Parmi les 15 MG ayant préféré un questionnaire papier, 14 l'ont rempli. Les questionnaires ont été déposés puis récupérés par l'auteur, ce qui peut expliquer ce résultat élevé de réponses.

II. Analyse des résultats

A. Expérience de l'HAD

71% des MG de l'étude déclaraient avoir déjà participé à une formation sur le fonctionnement de l'HAD et ses critères d'inclusion. Même si, à l'heure actuelle, nous ne disposons pas de chiffres précis sur la formation des MG sur l'HAD, ce taux est probablement surestimé par rapport à la population générale des MG du Nord-Pas-de-Calais du fait du biais de sélection de l'échantillon. En effet, le questionnaire a été envoyé aux MG membres de la FMC de Villeneuve d'Ascq et qui avaient bénéficié d'une telle formation. Par ailleurs, les MSU sont impliqués dans la formation des futurs MG et dans leur propre formation, ils participent à des congrès et sont très souvent adhérents d'une FMC. Il est donc très probable qu'ils aient également eu une formation sur le sujet. Ce taux élevé de formation parmi les MG répondants, même s'il est surestimé, peut également résulter du développement de l'HAD dans la région ces dernières années. Tous les MG interrogés avaient d'ailleurs déjà pris en charge un patient en HAD. Mais seulement 50% d'entre eux avaient déjà été prescripteurs. Ce qui traduit bien que l'HAD fait maintenant partie de la pratique des

MG, qu'ils sont prêts à se former sur ce sujet mais que certains freins persistent au développement de la prescription d'HAD par les MG.

Les MG interrogés expliquaient avoir majoritairement trouvé leur place lors d'une prise en charge en HAD (61%), et ne pas en souhaiter une plus importante (63%) ou moins importante (89%). Pourtant ils étaient 53% à ne pas s'être approprié le dispositif d'HAD et 56% exprimaient un sentiment de perte du rôle du médecin traitant lors d'une prise en charge en HAD. Ces résultats contrastés s'expliquent possiblement par le fait que 73% des MG avaient le sentiment que l'HAD leur était imposée dans leur pratique. En effet, un défaut de communication et de formation lors de la mise en place des HAD a pu nuire à leur développement. Il est difficile de s'approprier une nouvelle forme de prise en charge lorsque l'on a l'impression qu'elle nous est imposée et/ou concurrentielle. Mais l'HAD étant devenue une pratique incontournable, les MG ont été confrontés à ce dispositif et se sont formés sur le sujet. La place qu'ils y ont semble globalement les satisfaire. Dans l'analyse multivariée de cette étude, une association significative a ainsi été mise en évidence entre la prescription d'HAD et le sentiment de trouver sa place dans la prise en charge en HAD. Cette difficulté à trouver sa place est retrouvée dans d'autres travaux réalisés sur le sujet. (19-21-23). Une association significative a également été relevée avec le sentiment d'appropriation du dispositif d'HAD. Les MG étaient 51% à avoir déjà prescrit une HAD et 47% à s'être approprié le dispositif. Ce dernier point semble être un élément important pour améliorer le taux de prescription de l'HAD par les MG. Ces données concordent avec celle de la littérature. D'autres travaux ont montré que l'appréhension initiale des MG s'estompait suite à l'expérience de l'HAD. (21) La difficulté à trouver sa place lors d'une prise en charge en HAD représentait le frein majeur des MG à son expansion, suivi par l'aspect chronophage lors d'une étude de 2011. (19) Selon le rapport de janvier 2016 de la Cour des Comptes sur l'HAD, les freins persistants au développement de la prescription d'HAD par les MG tenaient au défaut d'information et d'appropriation du dispositif, et également aux contraintes liées à cette prescription. Le rapport stipulait que les MG non utilisateurs de l'HAD hésitaient à s'y engager alors que les MG prescripteurs étaient souvent satisfaits du dispositif. Ils le trouvaient toutefois très contraignant, coûteux en temps, insuffisamment réactif et insuffisamment rémunéré.

(1)

Aucune association n'avait été mise en évidence entre formation et prescription d'HAD lors de l'analyse des résultats de ce travail. Cette dernière est pourtant plébiscitée par les MG que ce soit dans cette étude (65% des MG non formés jugeaient cela nécessaire) ou dans les travaux antérieurs. La formation seule concernant le fonctionnement de l'HAD ne suffirait donc pas mais reste indispensable au développement de sa prescription par les MG. Ce développement nécessite la formation des MG en exercice et des futurs MG en proposant, par exemple, plus de stages en HAD lors de l'internat et la réalisation des cours théoriques sur le sujet. (22-19-1-2-26)

B. Les attentes des MG

Que les MG de l'étude soient prescripteurs d'HAD ou non, leurs 3 principales attentes étaient les mêmes, à savoir raccourcir ou éviter une hospitalisation, avoir accès à des thérapeutiques hospitalières et travailler en équipe pluridisciplinaire. L'importance d'un travail en équipe est l'une des attentes majeures des MG que l'on retrouve également dans des travaux de 2010 et 2011. (19-21) Il en ressortait que «l'apport et le partage des compétences médicales, techniques et humaines permettent d'optimiser la prise en charge du patient ». Ce travail en équipe était décrit comme bénéfique pour le patient et le médecin traitant qui se voyait soulagé des certaines démarches administratives parfois lourdes et chronophages. Ainsi dans notre étude, 90% des MG interrogés attendaient de l'HAD une possibilité de prise en charge psychologique pour le patient et/ou son entourage. Faciliter les démarches sociales représentait une attente pour 85% d'entre eux. Les MG se sentaient également soutenu par l'équipe lors de situations difficiles comme une fin de vie à domicile. Le soutien psychologique et les démarches n'ont été cités que par 16% des MG comme étant une attente principale. Ce résultat peut s'expliquer par le score élevé de l'item « travail en équipe pluridisciplinaire ». En effet, le choix de 3 items principaux restreint les réponses et les MG ont pu penser que cet item englobait implicitement les deux autres.

Avoir accès à des thérapeutiques hospitalières est l'item le plus plébiscité par les MG, il représentait une attente pour 96% des MG interrogés et une attente

principale pour 64% d'entre eux. Ce résultat s'explique par le nombre important de prises en charge palliatives à domicile en HAD. Les soins palliatifs représentaient la première activité des HAD en 2013 et reste encore actuellement un des modes de prise en charge principaux. Des thérapeutiques telles que le midazolam (Hypnovel®) et le paracétamol injectable étant à délivrance hospitalière, seule la mise en place d'une HAD permet d'y avoir accès en ville. Ces thérapeutiques sont couramment utilisées lors des fins de vie et les équipes d'HAD sont familiarisées avec leur utilisation, ce qui n'est pas forcément le cas des MG, faute d'y avoir accès directement. Les fins de vie à domicile sont des situations décrites comme difficiles par les MG, parfois source d'angoisse et la mise en place d'une HAD est jugée bénéfique pour le patient et le médecin traitant. Elle permet un partage des connaissances et le soutien du MG. (20-21)

Dans le classement par items de notre étude, être impliqué dans les prises de décision concernant le suivi d'un patient en HAD et prendre part à la décision de sortie d'HAD arrivaient en 2^e et 3^e positions des attentes de MG. Et 78% d'entre eux ne souhaitaient pas une prise en charge totale du patient par un confrère hospitalier. Ils désiraient à 85% être suffisamment informés des événements, du suivi concernant la prise en charge de leur patient en HAD. Ce qui montre bien la volonté des MG de rester acteur dans la prise en charge de leur patient. Si ces deux items n'ont pas été choisis par les MG comme attentes principales, l'explication réside peut-être dans le fait que les MG considèrent ces points comme inhérents à toute prise en charge d'un patient en HAD. Le médecin traitant est le pivot de l'organisation lors d'une HAD, il est prescripteur contrairement au médecin coordonnateur qui ne peut prescrire qu'en cas d'urgence, se substituant ainsi au médecin traitant. L'Ordre des médecins est d'ailleurs défavorable à un élargissement du rôle du médecin coordonnateur (1) et certains syndicats de MG vont plus loin, s'estimant capables d'assurer les missions de l'hospitalisation à domicile sans sa mise en place et sentant dépossédés par le médecin coordonnateur. (28)

Raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle est le rôle primordial de l'HAD en permettant à un patient atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier à son domicile personnel de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé pourraient lui prodiguer. (1)

Le fait que cet item soit cité parmi les principales attentes montre que les MG ont bien intégré les objectifs et les indications d'une prise en charge en HAD. Une étude de 2015 sur les connaissances des MG sur les modes de prise en charge en HAD retrouvait que les MG connaissaient bien les modes de prise en charge les plus fréquents (3) et lors d'une étude de 2013, les MG pensaient à 86% que l'HAD permettait le maintien à domicile de patients qui, en son absence, seraient hospitalisés. (20) Outre le travail en équipe et le partage des connaissances, l'une des principales attentes des MG interrogés lors d'un travail réalisé en 2011 était le respect de la volonté du patient d'être soigné au domicile et l'amélioration de la fin de vie. (19) Etant donné cette volonté des MG et le fait que 57% des français souhaitent décéder à domicile, il n'est pas étonnant de retrouver cet item en 1^e position. Même si seulement 69 % des personnes désirant décéder à domicile verront leur vœu se réaliser, soit 26% des décès en France. (28)

C. Les freins des MG

Comme pour les principales attentes, les 3 principaux freins étaient semblables pour les MG prescripteurs et non prescripteurs d'HAD. Ces 3 principaux freins étaient l'aspect chronophage d'une prise en charge en HAD, son aspect contraignant et une rémunération insuffisante au regard du temps passé. Ces 3 éléments avaient également recueillis les taux les plus élevés dans le classement par items, la rémunération insuffisante arrivant en tête avec 67%, suivi par l'aspect chronophage 66% et l'aspect contraignant 61%.

Concernant l'aspect chronophage, ce travail semble confirmer les données déjà présentes dans la littérature. Lors d'une étude de 2011, il était désigné comme un frein par un 1/3 des MG, en faisant ainsi le frein principal de l'étude. (19) Une proportion équivalente était retrouvée dans un travail datant de 2003. (25) Plus récemment, le rapport de la Cour des Comptes de 2016 l'identifiait clairement comme un frein au développement de la prescription de l'HAD par les MG. (1)

Ces 3 items semblent intriqués et difficilement dissociables, ce qui peut expliquer qu'ils aient été désignés par autant de MG. En effet, l'aspect chronophage de la prise en charge a tendance à la rendre contraignante pour le MG, ce qui ne fait qu'accentuer son sentiment de rémunération insuffisante au regard du temps passé. Ces éléments ont d'ailleurs été cités ensemble dans le rapport de 2016, suivi par le manque de réactivité avec des délais d'admission trop longs et par les difficultés

techniques rencontrées par les MG lors de certaines prises en charge spécialisées. Ces deux points étaient également retrouvés dans d'autres travaux, notamment en 2009 où le délai d'admission et la rémunération constituaient les deux principales réserves des MG du secteur cannois à l'utilisation de l'HAD. (22) Les limites de compétences techniques étant quant à elles citées par 21% des MG de l'étude de 2011 sur le secteur de Grenoble, arrivant ainsi en 2^e position après l'aspect chronophage. (19) Dans notre étude, le sentiment de limite de compétences techniques était retrouvé chez 46% des MG interrogés qui n'en faisaient pas un frein principal pour autant. De plus, la prise en charge de pathologies complexes n'était estimée comme un frein que par 36% des MG interrogés arrivant en dernière position dans le classement par items et dans la désignation des principaux freins. Ces deux résultats montrent bien que les freins des MG à la prescription d'HAD ne tiennent pas au sentiment de défaut de compétences, ils sont prêts à prendre en charge des patients lourds avec soins très spécifiques, mais avec une juste reconnaissance de leur travail et de leur implication.

Le délai d'admission était cité par 39% des MG, et ne représentait pas non plus un frein principal. Cette discordance avec des travaux réalisés dans d'autres régions peut être due au fait que le délai d'admission et la réactivité sont susceptibles de varier selon les HAD. Certaines régions sont moins pourvues d'établissements d'HAD que le Nord-Pas-de-Calais, avec un nombre de places en HAD et d'effectifs soignants plus restreints. (Annexe 2)

III. Perspectives

Dans notre étude, la moitié des MG mettaient en avant des problèmes de communication entre médecins et 57% jugeaient insuffisante l'information donnée sur le fonctionnement de l'HAD avant sa mise en place. Ces résultats confortent ceux des travaux précédemment menés qui évoquaient tous la nécessité d'améliorer la communication entre les médecins hospitaliers, le service d'HAD et les MG. (1-19-20--21-23-25) Une meilleure information des MG et une meilleure formation semblent donc indispensables pour développer la collaboration entre MG et HAD.

Cette étude a montré que les MG prescrivaient d'avantage l'HAD lorsqu'ils avaient trouvé leur place dans la prise en charge et qu'ils s'étaient approprié ce dispositif. Ils

souhaitaient indéniablement être impliqués dans les prises de décision concernant la prise en charge de leurs patients, être suffisamment informés du suivi et prendre part à la décision de sortie d'HAD des patients. Certaines réticences à la mise en place de l'HAD étaient d'ailleurs un sentiment de perte du rôle décisionnel.

Il semble donc essentiel de former les MG en exercice sur l'HAD, son fonctionnement, ses indications tout en permettant aux futurs MG de se familiariser avec ce nouveau mode d'exercice lors de stage en HAD et de formation théorique durant leur cursus universitaire, mais il semble également impératif d'axer l'information des MG sur le rôle qu'ils ont lors d'une prise en charge en HAD, de les rassurer sur le rôle décisionnaire, de prescripteur, de pivot, tout en pouvant s'appuyer sur les connaissances des médecins hospitaliers et coordonnateurs.

Il revient aux ARS de mieux inscrire l'HAD dans les parcours de soins. Une des difficultés réside dans l'hétérogénéité des structures d'HAD en termes de taille, de volume d'activité et de modes de fonctionnement.

Les travaux de communication ne doivent pas être destinés uniquement aux professionnels de santé. La réalisation de campagnes d'information pour sensibiliser la population, informer les patients sur la possibilité d'être pris en charge en HAD pourrait également permettre de développer son activité. Cela semble d'ailleurs être une volonté des pouvoirs publics qui souhaiteraient faire inscrire dans la proposition de loi sur les nouveaux droits pour les malades et les personnes en fin de vie, le droit pour toute personne d'être informée de la possibilité d'une prise en charge à domicile dès lors que son état le permet. Une discussion à ce sujet est actuellement en cours au Parlement. (1)

Le développement de l'HAD passera également par une levée des freins persistants des MG à la prescrire. Pour l'aspect contraignant de ces prises en charge, une des pistes pourrait être un assouplissement du cadre juridique concernant la capacité de prescription du médecin coordonnateur, comme le rapporte la Cour des Comptes. En effet, cela permettrait de s'adapter aux situations individuelles des patients mais aussi des MG. Selon le cas de figure, ces derniers pourraient décider de déléguer tout ou une partie des prescriptions au médecin coordonnateur. L'ordre des médecins n'est pas favorable à cet élargissement du rôle des médecins coordonnateurs, qui pourrait pourtant permettre de soulager les MG qui en ferait la demande. Dans notre étude, ils étaient 2 sur 3 à souhaité une astreinte médicale 24h/24h, et la moitié à ne pas vouloir être d'avantage impliqués

dans la permanence des soins de leurs patients en HAD. Ces résultats vont dans le sens de la réflexion actuelle. La nécessité des « protocoles anticipés », notamment mis en place dans les prises en charges palliatives pour éviter des hospitalisations en urgence, est d'ailleurs en passe d'être reconnue. (1)

Cette collaboration « à la carte » pourrait ainsi permettre de diminuer l'aspect chronophage des certaines prises en charges en HAD.

Pour ce qui est de la rémunération des MG, elle est basée sur les tarifs conventionnels fixés par la caisse d'assurance maladie, à savoir 33€ pour une visite à domicile (23€ pour la visite et 10€ de majoration pour le déplacement).

La majoration d'urgence de 22,60€ est possible si le MG a dû interrompre ses consultations pour se rendre au domicile d'un patient pour une visite urgente. Elle n'est pas cumulable avec la majoration de déplacement. La rémunération pour une visite en urgence est donc de 46,60€.

Plusieurs syndicats comme MGF (syndicat des médecins généralistes de France) ou SML (syndicat des médecins libéraux) réclament que la visite d'un patient en HAD puisse être au tarif de la visite longue soit 56€. Aujourd'hui cette cotation est réservée à une visite longue et complexe réalisée par le médecin traitant au domicile d'un patient atteint de maladie neuro-dégénérative. Elle peut être tarifée une fois par an et/ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement nécessitant de réévaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels et les moyens mis en place. (27-29)

Une revalorisation serait prévue par l'assurance maladie avec une consultation qui passerait de 23 à 25€ à partir du 1^{er} mai 2017, ce qui porterait la visite à domicile à 35€.

Le problème de la rémunération ne touche pas uniquement les MG mais également les établissements d'HAD dont le modèle tarifaire est obsolète. Comme le rapporte la Cour des Comptes, il est basé sur des données recueillies dans les années 90 alors que le coût de certaines activités a fortement augmentés, les prises en charge ayant évolué. Il repose sur un forfait appelé « groupe homogène de tarifs » où le coût des médicaments ne rentre pas en ligne de compte. Il est indexé sur la durée de séjour, l'indice de Karnofsky et les modes de prise en charge principal et associé. Le coût des certains médicaments à délivrance hospitalière conduit parfois les établissements d'HAD à refuser la prise en charge des patients qui restent en hospitalisation conventionnelle (à un coût plus élevé pour l'assurance maladie). (1)

Une refonte complète de la tarification est souhaitée par les pouvoirs publics. Une étude des coûts en HAD est menée par l'ATIH depuis 2009 mais devant la complexité de construire une nouvelle tarification médico-économique, le processus ne devrait pas aboutir avant 2019.

Cette nouvelle tarification semble nécessaire pour la poursuite du développement des prises en charge en HAD, notamment les chimiothérapies anti-cancéreuses et certains traitements intraveineux comme les antibiotiques de nouvelle génération. Les pouvoirs publics souhaitent également expérimenter de nouveaux modes de prise en charge pour raccourcir les hospitalisations conventionnelles dans les secteurs de la chirurgie viscérale et orthopédique. La HAS a ainsi été chargée d'élaborer en 2016 un outil de repérage pour inclure des patients ayant eu une pose programmée de prothèse de hanche ou une intervention sur les vertèbres lombaires. Dans un second temps, des interventions en chirurgie viscérale pourraient également faire l'objet par la suite d'une telle expérimentation. A noter que ce mode prise en charge a déjà été mis en place dans le service d'HAD du CHRU de Lille (HOPIDOM). Ainsi, des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique peuvent être pris en charge en HAD dès le 1^e jour post-opératoire. Ceci permet de raccourcir de 2 jours l'hospitalisation conventionnelle. Par ailleurs, une expérimentation a débuté avec les patients nécessitant une abdominoplastie dans les suites de la chirurgie bariatrique. Il en est de même en chirurgie orthopédique avec une expérimentation concernant les poses programmées de prothèses de hanche et de genou.

Raccourcir la durée de tels séjours au profit d'une HAD permettrait de réduire les coûts de santé. Un travail réalisé par la HAS sur les chimiothérapies en HAD a conclu à un coût de prise en charge globalement plus faible qu'en hospitalisation conventionnelle. Cet objectif de réduction des coûts n'est pas l'apanage des pouvoirs publics. Dans notre étude, la réalisation d'une économie sur les coûts de santé lors d'une HAD par rapport à une hospitalisation conventionnelle était une attente pour 73% des MG. Ces nouveaux modes de prise en charge devraient donc se développer dans les années à venir, d'autant plus que la prise en charge de pathologies complexes et le sentiment de limites de compétences techniques n'étaient pas des freins majeurs pour les MG interrogés.

CONCLUSION

Les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais attendent principalement d'une hospitalisation à domicile de pouvoir raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle, avoir accès à des thérapeutiques hospitalières et travailler en équipe pluridisciplinaire. Les freins principaux qu'ils émettent vis-à-vis d'une prise en charge en HAD sont ses aspects contraignant et chronophage ainsi qu'une rémunération insuffisante au regard du temps passé.

L'hospitalisation à domicile a de multiples objectifs, notamment permettre de raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle, respecter la volonté du patient d'être soigné au domicile et l'amélioration de la fin de vie (avec accès à des thérapeutiques hospitalières), réaliser une économie sur les coûts de santé.

Le faible recours à l'HAD par les médecins généralistes, l'hétérogénéité des établissements d'HAD et leur répartition inégale sur le territoire, un mode de tarification inadapté sont autant de freins à son essor.

Le développement de l'HAD ne pourra se faire sans une meilleure information des MG et une meilleure formation des MG en exercice ou en devenir. Des travaux de communication destinés aux professionnels de santé et la réalisation de campagnes d'information pour sensibiliser la population sur la prise en charge en HAD pourraient contribuer à améliorer la collaboration ville/hôpital.

Une astreinte médicale 24h/24h et une collaboration « à la carte » pourraient permettre de rendre ce type de prise en charge moins contraignant et chronophage pour les MG, qui seraient alors plus enclin à y recourir.

Une plus forte adhésion des MG pourrait également passer par une revalorisation financière de leur travail et de leur implication lors d'une prise en charge en HAD.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cour des Comptes. L'hospitalisation à domicile / Publications / Accueil / Cour des Comptes. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/L-hospitalisation-a-domicile>
2. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013, chapitre 9 : l'hospitalisation à domicile. La documentation française, septembre 2013. Disponible sur : http://www.fnehad.fr/images/stories/Rapports_nationaux
3. Gogibus N. Adéquation des modes de prise en charge en hospitalisation à domicile avec la connaissance qu'en ont les médecins généralistes dans le Nord-Pas-de-Calais. [Thèse d'exercice]. [France] .Université de droit et de la santé, Lille, 2015
4. Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile – er753.pdf Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er753.pdf>
5. Qu'est-ce-que l'HAD ? – FNEHAD. Disponible sur : <http://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>
6. Durand N, Lannelongue C, Legrand Pet al. IGAS. Rapport N°RM2010-109P. Hospitalisation à domicile. novembre 2010. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664.pdf>
7. Aubry M, Gillot D. Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251753.htm>
8. Bertrand X. Circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Disponible sur http://circulaire.legigrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7220.pdf
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009
10. Touraine M. Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile. Disponible sur http://www.social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste_20130012_0000-0056.pdf

11. L'hospitalisation à domicile (HAD) – Prises en charge spécialisées – Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had>
12. FNEHAD. Les chiffres clés. Disponible sur : http://www.fnehad.fr/wp-content/upload/2015/10/HAD_Annexes_18x25cm_web.pdf
13. ATIH. Statistiques descriptives PMSI HAD diagnostics. Disponible sur <http://stats.atih.sante.fr>
14. Evaluation du coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile – rap1484part1.pdf. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2003/rap1484part1.pdf>
15. Méta-analyse « hospital in the home » Gideon A, Caplan et al, Medical Journal of Australia. 2012 <https://www.mja.com.au/journal/2012/197/9/meta-analysis-hospital-home>
16. ATIH. Guide de méthodologie de production des recueils d'informations standardisés de l'HAD version provisoire. mars 2014. Disponible sur <http://www.atih.sante.fr/>
17. Suppression de la prise en charge en HAD du « retour précoce à domicile après accouchement » (MP 20) au 1^{er} mars 2015 – Fédération Hospitalière de France (FHF). Disponible sur : <http://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/Hospitalisation-a-domicile/Suppression-de-la-prise-en-charge-en-HAD-du-retour-precoce-a-domicile-apres-accouchement-MP-20-au-1er-mars-2015>
18. notice_technique_atih_2016_n_cim-mf-1263-9-2015.pdf. Disponible sur : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2830/notice_technique_atih_2016_n_cim-mf-1263-9-2015.pdf
19. Crotet R, Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile [Thèse d'exercice]. [France] : Université Joseph Fourier, Grenoble, 2011
20. De Percin N. Collaboration entre la ville et l'hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban. [Thèse d'exercice]. [France] : université Toulouse III, 2013
21. Cuny F. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile : Etude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien. [thèse d'exercice]. [France]. Université Henri Poincaré-Nancy. Faculté de médecine, 2010
22. Dubertrand J-M. L'hospitalisation à domicile : le point de vue du médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nice-Sophia Antipolis, 2009
23. Musquar I. Intérêts et insuffisances de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste : expérience de l'HAD de Crest. [Thèse d'exercice]. [France]. Université Joseph Fourier, Grenoble, 2008

24. ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional démographique des professions de santé. Communiqué de presse. 17 janvier 2013. http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Consultation/PacteTerritoireSante/Dossier_de_presse_ARS_17-01-2013.pdf
25. Hammouche B. Médecins généralistes et hospitalisation à domicile : réflexions à propos d'une enquête en région Lorraine. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2003
26. Delaire G. Les internes de médecine générale et l'hospitalisation à domicile : évaluation des connaissances. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Picardie, 2012
27. Hospimedia. <http://abonnes.hodpimedia.de/articles/2016047-had>
28. Population.societes.2015.524.mourir.chez soi.fr.pdf. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/23908/population.societes.2015.524.mourir.chez.soi.fr.pdf
29. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php>

ANNEXES

Annexe 1 : Recommandations de la Cour des Comptes

Recommandations de 2013 réitérées et reformulées :

1. mener à son terme l'élaboration des référentiels d'activité de l'HAD
2. réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extra-hospitalière en ville
3. mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts, en s'appuyant en tant que de besoin sur des évaluations à dire d'experts, et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD.

Nouvelles recommandations :

4. recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures ;
5. simplifier le régime d'autorisation et assouplir la répartition des missions entre médecin traitant, médecin coordonnateur d'HAD et le cas échéant médecin coordonnateur d'EHPAD, pour faciliter notamment l'ajustement des prescriptions à l'évolution de l'état de santé des patients ;
6. faciliter les coopérations entre SSIAD et HAD, pour permettre la prise en charge conjointe de certaines situations ;
7. expérimenter de nouveaux modes de financement de manière à inciter à l'hospitalisation à domicile à la sortie d'une hospitalisation conventionnelle ou pour éviter une telle hospitalisation.

Annexe 2 : Taux de couverture sur le territoire

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR JOUR ET POUR 100 000 HABITANTS (SOURCE: ATIH)

	2013	2014
LIMOUSIN	25,8	24,8
AQUITAINE	23,7	24,1
NORD-PAS-DE-CALAIS	22	22
PICARDIE	21,3	22
RHÔNE-ALPES	19,5	20
CORSE	31,8	19,9
ÎLE-DE-FRANCE	20	19,9
BASSE-NORMANDIE	20,3	19,6
PACA	19,3	19,3
CENTRE	18,4	18,5
POITOU-CHARENTES	16,5	17
BRETAGNE	15,9	16
CHAMPAGNE-ARDENNE	15,5	16
AUVERGNE	14,2	15,7
LANGUEDOC-ROUSSILLON	14,4	15,5
MIDI-PYRÉNÉES	14,8	15,1
PAYS DE LA LOIRE	14,5	14,2
FRANCHE-COMTÉ	13,3	13,9
BOURGOGNE	12,2	13,4
LORRAINE	10,2	11,8
HAUTE-NORMANDIE	11,5	11,6
ALSACE	11,9	11,4
GUADELOUPE	71,8	76,9
GUYANE	50,8	59,6
RÉUNION	25	23
MARTINIQUE	13,1	11,2
FRANCE ENTIÈRE	18,4	18,5

Annexe 3 : Indice de Karnofsky

INDICE DE KARNOFSKY

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

Annexe 4 : Liste des pondérations individuelles des modes de prise en charge principal, mode de prise en charge associé et indice de Karnofsky.

1) Pondération associée au mode de prise en charge principal

Mode de prise en charge principal (MPP)	Pondération
01 - assistance respiratoire	2,1
02 - nutrition parentérale	1,9
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	2,1303
04 - soins palliatifs	2,066
05 - chimiothérapie anticancéreuse	1,7686
06 - nutrition entérale	1,7686
07 - prise en charge de la douleur	1,7686
08 - autres traitements	1,7686
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,6146
10 - post traitement chirurgical	1,6146
11 - rééducation orthopédique	1,4376
12 - rééducation neurologique	1,4376
13 - surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,3521
14 - soins de nursing lourds	1,3521
15 - éducation du patient et de son entourage	1
17 - surveillance de radiothérapie	1,15
18 - transfusion sanguine	1,15
19 - surveillance de grossesse à risque	1
20 - retour précoce à domicile après accouchement	1
21 - post-partum pathologique	1,15
22 - prise en charge du nouveau-né à risque	1
24 - surveillance d'aplasie	1,15

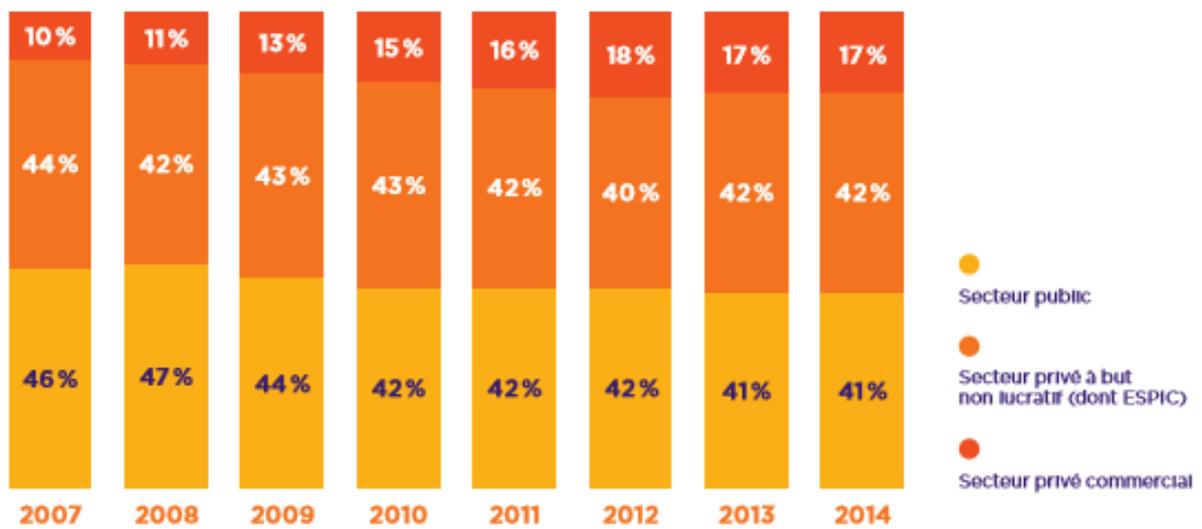
2) Pondération associée au mode de prise en charge associé

Mode de prise en charge associé (MPA)	Pondération
00 - pas de protocole associé	1
01 - assistance respiratoire	1,1636
02 - nutrition parentérale	1,4899
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	1,1636
04 - soins palliatifs	1,4899
05 - chimiothérapie anticancéreuse	1,4899
06 - nutrition entérale	1,3616
07 - prise en charge de la douleur	1,1636
08 - autres traitements	1,2642
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,2642
10 - post traitement chirurgical	1,1618
11 - rééducation orthopédique	1,1636
12 - rééducation neurologique	1,1636
13 - surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,1636
14 - soins de nursing lourds	1,0558
15 - éducation du patient et de son entourage	1,1618
17 - surveillance de radiothérapie	1,2642
18 - transfusion sanguine	1,2642
19 - surveillance de grossesse à risque	1,0558
20 - retour précoce à domicile après accouchement	1,0558
21 - post-partum pathologique	1,1
24 - surveillance d'aplasie	1,2642
25 - prise en charge psychologique et/ou sociale	1,0558

3) Pondération associée à l'indice de Karnofsky

IK	Pondération
90-100	1
70-80	1,23
60	1,44
50	1,71
40	1,85
30	1,91
10-20	2,1

Annexe 5 : Diagramme de répartition des différentes structures d'HAD



Annexe 6 : Questionnaire envoyé aux MG

Les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD

Les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD

*Obligatoire

Les données démographiques

1. Etes-vous de sexe *

- féminin
 masculin

2. Année de naissance *

Exemple : 15 décembre 2012

3. Année d'installation *

4. Lieu d'exercice *

5. Mode d'exercice *

- seul
 en groupe

6. secteur d'activité *

- urbain
 rural
 semi-rural

Les renseignements généraux

7. Avez-vous déjà eu une formation sur le fonctionnement de l'HAD et ses critères d'inclusion? *

- oui
 non

Les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD

8. Si non, cela vous semble-t-il nécessaire?

- oui
 non

9. Avez-vous déjà eu un patient en HAD? *

- oui
 non

10. Avez-vous déjà prescrit une HAD? *

- oui
 non

11. Avez-vous le sentiment que l'HAD vous est imposée dans votre pratique? *

- oui
 non

12. Vous êtes-vous approprié ce dispositif, ce mode de prise en charge? *

- oui
 non

13. Avez-vous le sentiment de perdre partiellement votre rôle de médecin traitant auprès de vos patients en HAD? *

- oui
 non

14. Avez-vous le sentiment de trouver votre place dans la prise en charge en HAD? *

- oui
 non

15. Souhaiteriez-vous une place plus importante? *

- oui
 non

L

Les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD

16. Souhaiteriez-vous une place moins importante? *

- oui
 non

Quelles sont vos attentes lors d'une prise en charge en HAD?

17. 1) raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle *

- oui
 non

18. 2) un travail en équipe pluridisciplinaire *

- oui
 non

19. 3) la possibilité d'un suivi psychologique pour le patient et son entourage *

- oui
 non

20. 4) faciliter les démarches sociales *

- oui
 non

21. 5) avoir accès à des thérapeutiques hospitalières (midazolam, pompes à morphine, antibiothérapie à délivrance hospitalière) *

- oui
 non

22. 6) le suivi de votre patient par un médecin spécialisé dans la pathologie avec accès facilité à un avis spécialisé *

- oui
 non

Les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD

23. 7) une prise en charge totale de votre patient réalisée par un confrère hospitalier lors d'une HAD *

oui
 non

24. 8) organiser des rencontres au lit du patient entre les différents intervenants (IDE, médecin traitant, médecin coordonnateur) plus que des correspondances téléphoniques *

oui
 non

25. 9) être suffisamment informé des évènements, du suivi concernant la prise en charge de votre patient en HAD *

oui
 non

26. 10) être impliqué dans les prises de décision concernant le suivi de votre patient en HAD *

oui
 non

27. 11) prendre part à la décision de sortie d'HAD de vos patients *

oui
 non

28. 12) être impliqué davantage dans la permanence des soins de vos patients en HAD *

oui
 non

29. 13) bénéficier d'une astreinte IDE 24h/24h *

oui
 non

Les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD

30. 14) bénéficier d'une astreinte médicale 24h/24h *

- oui
 non

31. 15) réaliser une économie sur les coûts de santé par rapport à une hospitalisation conventionnelle *

- oui
 non

32. Parmi les propositions énumérées ci-dessus, quelles sont vos 3 principales attentes lors d'une prise en charge en HAD? *

Plusieurs réponses possibles.

- 1) raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle
- 2) un travail en équipe pluridisciplinaire
- 3) la possibilité d'un suivi psychologique pour le patient et son entourage
- 4) faciliter les démarches sociales
- 5) avoir accès à des thérapeutiques hospitalières (midazolam, pompes à morphine, antibiothérapie à délivrance hospitalière)
- 6) le suivi de votre patient par un médecin spécialisé dans la pathologie avec accès facilité à un avis spécialisé
- 7) une prise en charge totale de votre patient réalisée par un confrère hospitalier lors d'une HAD
- 8) organiser des rencontres au lit du patient entre les différents intervenants (IDE, médecin traitant, médecin coordonnateur) plus que des correspondances téléphoniques
- 9) être suffisamment informé des événements, du suivi concernant la prise en charge de votre patient en HAD
- 10) être impliqué dans les prises de décision concernant le suivi de votre patient en HAD
- 11) prendre part à la décision de sortie d'HAD de vos patients
- 12) être impliqué davantage dans la permanence des soins de vos patients en HAD
- 13) bénéficier d'une astreinte IDE 24h/24h
- 14) bénéficier d'une astreinte médicale 24h/24h
- 15) réaliser une économie sur les coûts de santé par rapport à une hospitalisation conventionnelle

Quels sont vos freins vis-à-vis de la mise en place d'une HAD?

33. 1) l'information concernant le fonctionnement de l'HAD avant sa mise en place pour un patient vous semble insuffisante *

- oui
 non

34. 2) une prise en charge contraignante *

- oui
 non

35. 3) aspect chronophage d'une prise en charge en HAD *

- oui
 non

36. 4) une rémunération insuffisante au regard du temps passé *

- oui
 non

37. 5) le système de rémunération (effectué par l'établissement) *

- oui
 non

38. 6) un délai d'admission trop long, le manque de réactivité *

- oui
 non

39. 7) des problèmes de communication entre médecins *

- oui
 non

40. 8) la prise en charge de pathologies complexes *

- oui
 non

Les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD

41. 9) un sentiment de limite de compétences techniques *

- oui
 non

42. 10) un sentiment de perte du rôle décisionnel du médecin généraliste *

- oui
 non

43. Parmi les propositions énumérées ci-dessus, quelles sont les 3 principales qui vous freineraient à la mise en place d'une HAD? *

Plusieurs réponses possibles.

- 1) l'information concernant le fonctionnement de l'HAD avant sa mise en place pour un patient vous semble insuffisante
- 2) une prise en charge contraignante
- 3) aspect chronophage d'une prise en charge en HAD
- 4) une rémunération insuffisante au regard du temps passé
- 5) le système de rémunération (effectué par l'établissement)
- 6) un délai d'admission trop long, le manque de réactivité
- 7) des problèmes de communications entre médecins
- 8) la prise en charge de pathologies complexes
- 9) un sentiment de limite de compétences techniques
- 10) un sentiment de perte du rôle décisionnel du médecin généraliste

Fourni par



AUTEUR : Nom : MONTMARTIN Prénom : Anne-Fleur

Date de Soutenance : 22 septembre 2016

Titre de la Thèse : Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : hospitalisation à domicile, HAD, Généralistes

Résumé :

Contexte : L'HAD constitue un mode de prise en charge récent qui représente une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle associe le médecin traitant, le médecin hospitalier et tous les professionnels paramédicaux et sociaux. Le faible recours à l'HAD par les médecins généralistes apparaît comme un frein majeur à son essor. L'objectif de ce travail était d'identifier les attentes et les freins des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, transversale, menée d'avril à juillet 2016. Un questionnaire électronique a été envoyé aux MSU de la faculté de Médecine de Lille, aux membres de la FMC de Villeneuve d'Ascq ainsi qu'à des MG recrutés par l'auteur. Les questions étaient fermées et binaires.

Résultats : Les 3 principales attentes des MG lors d'une prise en charge en HAD étaient raccourcir ou éviter une hospitalisation conventionnelle (64%), avoir accès à des thérapeutiques hospitalières (64%) et travailler en équipe pluridisciplinaire (41%).

Les 3 principaux freins des MG à la mise en place d'une HAD étaient l'aspect chronophage d'une telle prise en charge (51%), son aspect contraignant (51%) et une rémunération insuffisante au regard du temps passé (36%).

Une association significative entre le sentiment d'appropriation du dispositif d'HAD et la prescription d'HAD a été mise en évidence ($p=0.03$).

Une association significative entre le sentiment de trouver sa place dans la prise en charge en HAD et la prescription d'HAD a également été mise en évidence ($p=0.002$).

Conclusion : Le développement de l'HAD ne pourra se faire sans une meilleure information des MG et une meilleure formation des MG en exercice ou en devenir. Une astreinte médicale 24h/24h et une collaboration « à la carte » pourraient permettre de rendre ce type de prise en charge moins contraignant et chronophage pour les MG, qui seraient alors plus enclin à y recourir. Une plus forte adhésion des MG pourrait également passer par une revalorisation financière de leur travail et de leur implication lors d'une prise en charge en HAD.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Thierry FACON

Asseseurs : Monsieur le Professeur Robert CAIAZZO, Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE, Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE, Madame le Docteur Sara BALAGNY