



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France sur le développement de l'hospitalisation à domicile depuis la crise sanitaire.

Présentée et soutenue publiquement le 17/05/2024 à 16 heures
au Pôle Formation
Par **Paul Wahlen**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Emmanuel GARET

Avertissement

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

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de santé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
HAD	Hospitalisation à domicile
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MICA	Mesure d'incitation à la cessation d'activité anticipée
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

Table des matières

Liste des abréviations	4
Résumé	1
Introduction	2
Avant la crise sanitaire	3
A. Une médecine de ville surchargée	3
1. Démographie.....	3
2. Augmentation de l'espérance de vie	3
3. Le vieillissement de la population.....	4
4. Une consommation de soins accrue	4
5. Rôle pivot du médecin généraliste et sa relation avec l'hôpital.	5
6. Un manque de médecins généralistes	5
7. Modification des pratiques et diminution des visites à domicile.....	6
B. Une médecine hospitalière sous tension	6
1. Une augmentation de passage aux urgences	6
2. Fermeture d'établissements et diminution des lits.....	7
C. Le développement de l'hospitalisation à domicile depuis 20 ans.	7
1. Définition	7
2. L'évolution de l'HAD avant la crise sanitaire	8
3. Le rôle du médecin traitant.....	8
4. La perception des médecins généralistes et de la population générale .	9
La crise sanitaire	10
A. La tension hospitalière accrue.....	10
B. Les stratégies mises en place	10
C. Les modifications réglementaires apportées	12
Depuis la crise sanitaire	13
A. Le développement de l'hospitalisation à domicile.....	13
1. Feuille de route stratégique 2021-2026.....	13
2. Une croissance positive	14
B. La réforme des autorisations du 1 ^{er} juin 2023 :	14
1. La modification du régime des autorisations d'activités de soin	15
2. Les conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile .	15
3. La pérennisation des assouplissements réglementaires.....	15
4. La restructuration	16
5. Modification des conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile	16
Matériels et méthodes.....	17
I. Type d'étude	17
II. Population étudiée et recueil des données	17
III. Recueil et analyse des données	18
IV. Aspects réglementaires	18
Résultats	19
I. Caractéristiques de la population étudiée	19
II. Les médecins ressentent un développement de l'HAD	20
A. Ressentir une augmentation	20

1.	Depuis le COVID	20
2.	Indépendamment de la crise sanitaire.....	20
3.	Une augmentation progressive	21
B.	Un accès facilité	21
1.	Une simplification des démarches.....	22
C.	Démocratisation de l'HAD dans les pensées	22
1.	Démocratisation chez les médecins	22
2.	Démocratisation chez les patients.....	23
III.	Les médecins comprennent le développement.....	23
A.	Répondre à une demande.....	23
1.	Les patients craignent l'hôpital	23
2.	Les patients veulent choisir	24
3.	Les patients recherchent une médecine plus humaine	24
a)	Manque d'humanité à l'hôpital.....	24
b)	Rechercher la proximité.....	25
c)	Garder ses habitudes	25
B.	Résoudre un besoin	26
1.	Être limité	26
a)	Prescriptions hospitalières.....	26
2.	Améliorer les prises en charges	27
a)	Être dans le relationnel.....	27
b)	Pouvoir répondre à une demande du patient/famille	27
3.	Être suppléer	28
a)	Avoir des avis spécialisés.....	28
b)	Travailler en équipe	29
C.	Être dans l'air du temps.....	30
1.	Modification des pratiques.....	30
a)	Médecine ambulatoire	30
2.	Une souffrance hospitalière.....	30
a)	Une qualité de soins diminuée	30
b)	Eviter l'hôpital	31
3.	Faire des économies.....	32
4.	Aspect écologique	32
IV.	Les médecins sont favorables au développement.....	33
A.	Être convaincu des bénéfices de l'HAD	33
1.	Pour le médecin	33
2.	Pour le patient	34
3.	Pour l'hôpital	34
B.	Être à l'aise avec l'HAD.....	35
1.	Avoir acquis de l'expérience.....	35
2.	Bonne communication.....	35
3.	Ne pas avoir de contraintes.....	36
4.	Pouvoir s'organiser.....	37
C.	Se projeter.....	37
1.	Croire au développement.....	38
2.	Avoir des idées d'amélioration.....	38
V.	Les médecins ont de l'appréhension	39
A.	Limites de l'HAD.....	39
1.	Manque de moyens humains	39
2.	Gérer l'environnement.....	39
a)	Lieu peu adapté.....	39
b)	Une charge pour la famille.....	40

3.	Contraintes administratives et logistiques	40
a)	Une lourdeur administrative.....	40
b)	Des soins chronophages	41
4.	Des contraintes d'éligibilité	42
VI.	Être méfiant	42
A.	Discordances de motivations	42
B.	Modification du statut	43
1.	Perdre son statut.....	43
2.	Avoir peur de perdre son indépendance	44
3.	Être vulnérable	45
C.	Manque de clarté.....	45
1.	Disparité entre les HAD	45
2.	Un rôle non défini	46
VII.	Les médecins ne se sentent pas considérés.....	46
A.	Être en retrait.....	46
B.	Absence de communications	47
C.	Devoir subir des décisions politiques	47
D.	Devoir compenser	48
Discussion	49
I.	Le modèle explicatif	50
II.	Résultats et comparaison avec la littérature	50
III.	Les forces et limites	58
A.	Les forces.....	58
B.	Les limites	59
IV.	Les perspectives.....	60
Conclusion	62
Références bibliographiques	64
Annexes	67
Annexe 1 :	Déclaration RGDP.....	67
Annexe 2 :	Demande d'entretien.....	68
Annexe 3 :	Guide d'entretien initial.....	69
Annexe 4 :	Guide d'entretien final	70
Annexe 5 :	Grille COREQ.....	71

RESUME

Contexte : L'hospitalisation à domicile s'inscrit progressivement dans le système de santé français depuis plusieurs années. En 2020, elle a pris un tournant important dans son développement en jouant un rôle central dans la gestion des tensions hospitalières pendant la crise sanitaire. Cette période a été marquée par une augmentation notable de 20 % des patients pris en charge, résultant de campagnes de mobilisation et d'assouplissements réglementaires. Fort de cette expérience, les autorités sanitaires ont exprimé leur volonté de favoriser l'expansion de ce système de soins avec une feuille de route stratégique ayant pour horizon 2026. L'objectif de cette thèse est de recueillir l'expérience et les perspectives des médecins généralistes sur le développement de l'hospitalisation à domicile depuis la crise sanitaire.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Entretiens semi-dirigés individuels menés avec 10 médecins généralistes des Hauts-de-France recrutés par échantillonnage théorique. Logiciel NVIVO14.

Résultats : Les médecins perçoivent un changement dans le développement de l'HAD avec une augmentation des prises en charge, un accès facilité et une démocratisation fortement impactée par la crise sanitaire. Ils comprennent ce développement par la nécessité de répondre à une demande sociétale et de résoudre un besoin qui rentre dans l'air du temps. Les médecins sont favorables à ce développement car ils sont convaincus des bénéfices et sont à l'aise avec l'HAD. Cependant ils éprouvent néanmoins de l'appréhension sur son développement, percevant des limites dans son expansion et craignant la modification de leur statut. Ils sont méfiant sur les motivations économiques du développement.

Conclusion : L'hospitalisation à domicile s'affirme aujourd'hui comme un outil essentiel du système de santé français, offrant une alternative à la fois efficace et économique aux soins hospitaliers conventionnels. La crise sanitaire a joué un rôle déterminant dans son expansion, et bien que les médecins généralistes soutiennent son développement, ils aspirent à être des acteurs déterminants dans les décisions politiques et leur application pratique. La réforme de juin 2023 représente une avancée significative dans la stratégie de développement avec une reconnaissance en tant qu'activité de soins à part entière et une restructuration ouvrant ainsi de nouvelles perspectives.

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années l'hospitalisation à domicile (HAD) se développe progressivement jusqu'à représenter environ 1% des hospitalisations en 2019. En 2020, dans un contexte de crise sanitaire lié au SARS-COV2, l'HAD a pris un tournant important dans son développement, devenant un outil pour lutter contre les tensions hospitalières.

L'HAD est un mode de prise en charge réalisé par un organisme public ou privé, qui permet la réalisation à domicile des soins médicaux et paramédicaux complexes identiques à ceux qui pourraient être réalisés à l'hôpital. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par la technicité, la fréquence et la durée des actes.

Elle requiert la coordination et la réalisation des soins par une équipe médicale et paramédicale (médecins coordonnateurs, médecin traitant, infirmiers, assistantes sociales, psychologues, rééducateurs...). C'est le médecin traitant qui est le référent de la prise en charge.

Créée en 1957 en France, l'HAD est reconnue comme une alternative à part entière à l'hospitalisation conventionnelle par la loi de 1991 portant sur la réforme hospitalière.

Depuis les années 2010, le développement de l'HAD se fait progressivement avec une augmentation constante du nombre de patient pris en charge entre 2010 et 2019. Cependant ce développement reste en dessous de l'objectif définis en 2013, qui était d'atteindre 1,2% de l'ensemble des hospitalisations complètes. A la fin des années 2010, on percevait même une diminution du développement avec une stagnation du nombre de journée d'hospitalisation de l'HAD. **(1)**

En 2020, l'arrivée de l'épidémie de SARS-COV2, et ses conséquences sur les tensions hospitalières, va chambouler le système de soins. L'HAD va être mise en avant pour lutter contre les tensions hospitalières et son activité va être fortement augmentée.

Avant la crise sanitaire

Depuis une dizaine d'année, le système de santé français fait face à des difficultés en ville comme à l'hôpital. Ces difficultés, d'origine pluri factorielles, obligent le système de soins et les français à s'adapter afin de garantir le droit à la protection de la santé inscrit dans les droits constitutionnels **(2)**

A. Une médecine de ville surchargée

1. Démographie

Le système de santé fait face à une augmentation de la population Française. Elle est majoritairement dû au solde naturel (78%) complété par un solde migratoire. En 2023, la France comptait un peu plus de 68 millions d'habitants. Ce chiffre a considérablement augmenté depuis plusieurs décennies, il avoisinait les 60 millions en 2000.**(3)**

Cette augmentation, attendue, a un réel impact sur le système de santé avec une demande croissante de soins parallèlement à une diminution du nombre de médecins généralistes sur cette période.

2. Augmentation de l'espérance de vie

L'augmentation de la population Française est en lien avec une augmentation significative de l'espérance de vie des Français notamment grâce à de meilleurs conditions de vie et à l'évolution de la médecine.

En 2022, l'espérance de vie en France se situait autour de 79 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes, contre respectivement 68 et 76 ans en 1970. On a alors observé une augmentation de 10 années d'espérance de vie en l'espace de 50 ans. **(3)**

3. Le vieillissement de la population

Cette augmentation de l'espérance de vie a pour conséquence un vieillissement de la population. En 1975, 13% de la population avait 65 ans ou plus, contre 20% en 2019.

De plus le vieillissement s'est accéléré avec l'arrivée de la génération dites des « baby-boomers ». Cette génération née en grand nombre juste après la Seconde Guerre mondiale devient depuis quelques années acteur du vieillissement de la population. Et le phénomène va s'intensifier avec cette génération qui aura aux alentours de 85 ans en 2030. Le nombre des 75-84 ans va enregistrer une croissance inédite de 49 % entre 2020 et 2030, passant de 4,1 millions à 6,1 millions. **(4)**

Selon l'INSEE, nous pourrions atteindre les 29% de plus de 65 ans dans la population Française à l'horizon de 2070. **(5)**

Ce vieillissement de la population nécessite une adaptation de l'offre de soins tel qu'un accès plus facile aux soins primaires de médecine générale, une augmentation des lits d'hospitalisation ainsi des structures d'hébergement pour personnes dépendantes.

4. Une consommation de soins accrue

En ville comme à l'hôpital, le système de soins fait face à une demande toujours plus croissante de soins de la part de la population française, notamment en raison des trois composantes suscitées, l'évolution de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population générale, pour lesquelles il en résulte inexorablement une augmentation de pathologies chroniques et de la consommation de soins.

Entre 2010 et 2018, nous avons observé une progression de 2,0 % par an en moyenne de la consommation de soins de médecins généralistes de ville. **(6)**

5. Rôle pivot du médecin généraliste et sa relation avec l'hôpital.

Le médecin généraliste joue un rôle pivot dans le système de santé en étant la pierre angulaire du parcours de soins de son patient. En tant qu'acteur de soins primaires, il a un rôle dans la prévention, le diagnostic, le traitement et la coordination de soins de ses patients. Il collabore étroitement avec les hôpitaux et assure ainsi la transition entre la médecine de ville et l'environnement hospitalier. Pendant l'hospitalisation, il peut travailler en collaboration avec les équipes hospitalières pour une compréhension approfondie du dossier médical du patient. Après la sortie, il reprend le suivi du patient, coordonne les soins post-hospitalisation et ajuste les traitements en fonction de l'évolution du patient, avec le soutien de son réseau de soins en ville. Cette articulation ville-hôpital garantit une continuité des soins, une coordination efficace et une prise en charge globale du patient à chaque étape de son parcours de soins.

6. Un manque de médecins généralistes

Le numérus clausus, limitant l'accès à la 2^{ème} année de médecine établie dans les années 1970 pour des raisons économiques, est responsable aujourd'hui d'un manque cruel de médecins en France. Depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6 %. **(7)**

Cette diminution du nombre de médecins généralistes et l'augmentation de la population, a pour conséquence une diminution de la densité de médecins généralistes. Entre 2012 et 2021 elle est passée sur l'ensemble du territoire de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2021. **(8)**

En 2023, dans les Hauts-de-France, la population est de 5,98 millions, ce qui en fait la 5^{ème} région la plus peuplée de France. La densité de médecins généralistes est de 138 pour 100 000 habitants. Mais il existe une grande disparité entre les différents départements. L'Aisne compte 99 médecins généralistes pour 100 000 habitants alors que la somme en compte 167 pour 100 000 habitants. **(9)**

Ces disparités sont responsables de zones sous dotées en médecins qui sont définies comme déserts médicaux.

7. Modification des pratiques et diminution des visites à domicile.

En parallèle de l'évolution de la médecine, les médecins généralistes ont également modifié leur pratique qui est davantage cabinet-centré. En quatre décennies on a vu progressivement une nette diminution des visites à domicile qui sont aujourd'hui considérées comme trop chronophages et pas assez rémunératrices.

Le pourcentage des visites sur la totalité des actes en médecine générale était de 38% 1980, en 1997 de 26,7%, en 2010 de 12% et en 2016 de 8,8% soit une baisse de 70% sur 35 ans. **(10)**

Cette modification de l'exercice de la médecine est dans le sens de l'augmentation de la demande de soins, mais peut être également à contre-courant du vieillissement de la population qui accroît la demande de soins à domicile.

B. Une médecine hospitalière sous tension

1. Une augmentation de passage aux urgences

Conséquence d'une tension sur la médecine de ville, l'hôpital et notamment les urgences sont le dernier recours pour beaucoup de citoyens qui n'ont pas un accès rapide à une médecine de soins primaires.

Il en résulte une augmentation importante des passages aux urgences sur les dernières décennies. Ainsi le nombre de passage aux urgences en France est passé d'environ 15 millions au début des années 2000 à plus de 20 millions avant la crise sanitaire. **(11)**

Cette augmentation met sous tension et sature une médecine hospitalière qui est déjà en difficulté.

2. Fermeture d'établissements et diminution des lits

Conjointement à l'augmentation des passages aux urgences, la capacité d'accueil des patients en structures hospitalières ne fait que diminuer depuis plusieurs années. Motivé par des contraintes budgétaires ou de manque de personnel, un nombre conséquent d'établissements ont fermés dans le paysage hospitalier français.

Ainsi entre 2013 et 2019, nous avons observé une diminution de 3,7% des structures, privées ou publiques, sur l'ensemble du territoire. Cela équivaut à 117 établissements de moins, dont 66 hôpitaux publics (-4,6%). **(12)**

Entre 2013 et 2019 ce sont environ 27 000 lits d'hospitalisations complètes qui ont été supprimés. **(13)**

Ces lits supprimés diminuent la capacité de lit d'aval après les passages aux urgences et nous observons régulièrement des difficultés pour trouver des places d'hospitalisations pour les patients après un passage aux urgences.

C. Le développement de l'hospitalisation à domicile depuis 20 ans.

1. Définition

Selon le décret du 2 octobre 1992, « Les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. » **(14)**

Créée en 1957 l'Hospitalisation à domicile est un organisme public ou privé qui organise une prise en charge à domicile identique aux soins qui pourraient être réalisés à l'hôpital. La coordination et la réalisation des soins sont assurés par une équipe médicale et paramédicale (médecins coordonnateurs, médecin traitant, infirmiers, assistantes sociales, psychologues, rééducateurs...). Le médecin traitant est le référent de la prise en charge.

2. L'évolution de l'HAD avant la crise sanitaire

Le nombre d'établissement d'HAD a connu une augmentation lors des années 2000, il est passé de 123 en 2005 à 292 en 2010. Ce nombre s'est maintenu dans les années 2010 pour arriver à 289 établissements en 2019.

Depuis une dizaine d'années l'HAD a suivi une progression lente avec en 2019 environ 130 000 hospitalisations correspondant à 1% des hospitalisations pour un coût avoisinant 0,5% de la sécurité sociale.

Le nombre de patients prise en charge en hospitalisation à domicile est passé de 100 000 patients en 2011 à 128 000 en 2019. Nous pouvons également décrire cette augmentation en comparant le nombre de journées d'hospitalisations, valeur de référence pour évaluer l'activité, qui était d'environ 4 millions en 2011 contre 6 millions en 2019. **(15)** Cela correspond à une augmentation moyenne de 5,7% par an sur 9 ans.

La croissance de cette alternative à l'hospitalisation en structure hospitalière est multi factorielle. Les tensions hospitalières font redéfinir le système de soins et chercher d'autres solutions pour garantir une prise en charge optimale pour chaque patient.

De plus, grâce aux progrès de la médecine et particulièrement palliative, on observe depuis plusieurs années une volonté croissante de vivre sa fin de vie au domicile. Ainsi les prises en charge palliative correspondaient en 2019 à 25% du nombre de journées d'hospitalisation à domicile soit environ 1,5 millions. **(15,16)**

3. Le rôle du médecin traitant

Le médecin traitant est le référent médical du patient pendant le séjour. Il donne son accord à la prise en charge avant la mise en place de l'HAD. Il doit être disponible pour réaliser des visites à domicile afin d'assurer le suivi du patient. Il a un rôle de réévaluation et d'adaptation des prescriptions en appui si besoin avec le service d'hospitalisation à domicile et le médecin coordonnateur.

Depuis 1992, les médecins généralistes ont la possibilité de prescrire eux-mêmes l'HAD.

4. La perception des médecins généralistes et de la population générale

Les médecins généralistes sont en majorité favorable au développement de l'hospitalisation à domicile qui permet d'assurer un confort et une réassurance pour les patients notamment lorsque ces hospitalisations à domicile interviennent dans des structures médico-sociales.

En 2017, l'étude réalisée par l'institut VIAVOCE en collaboration avec la FNEHAD sur les perceptions et le niveau de connaissance de l'hospitalisation à domicile par la population générale et les médecins généralistes rapportait que 82% des médecins généralistes estimaient qu'elle apporte une qualité de vie supérieur à l'hospitalisation conventionnelle. **(17)**

Cependant, ils restaient prudents face à ce développement. D'une part car la mise en place ou le suivi d'un patient en HAD représente une charge de travail supplémentaire et qu'elle n'est pas assez valorisée dans un contexte où les visites à domicile diminuent dans la pratique des médecins généralistes.

D'autre part, beaucoup estiment que leur positionnement dans l'organigramme d'un patient hospitalisé à domicile est mal défini. Les problématiques concernent la coordination médicale, la transmission d'informations et la prise de décision en lien avec les multiples intervenants médicaux. **(18)**

En effet, un médecin généraliste sur deux estimait en 2017 n'avoir pas reçu d'informations sur l'hospitalisation à domicile et un tiers ne savaient pas qu'il avait la possibilité d'initier une HAD sans passer par un service hospitalier. **(17)**

En ce qui concerne les patients, 82% de la population interrogée étaient favorable à la possibilité d'être soigné à domicile. Parmi les plus cités, les avantages rapportés concernaient un environnement moins anxiogène et la possibilité d'être entouré de ses proches. Une zone d'appréhension concernait tout de même l'impact financier qu'elle pourrait représenter et la qualité des soins prodiguée à domicile.

La crise sanitaire

A. La tension hospitalière accrue

L'arrivée de l'épidémie de SARS COV-2 a particulièrement chamboulé le paysage hospitalier en France en 2020. A partir de mars 2020, l'hôpital a subi une tension hospitalière sans précédent. Sur une capacité hospitalière déjà fragilisée par plusieurs années de tension et de restriction, la capacité d'accueil des hôpitaux s'est rapidement vue débordée avec notamment des services d'urgences, de réanimation et de soins intensifs saturés sur l'ensemble du territoire. Face à l'afflux massif de patients graves, et afin de pouvoir soigner un maximum de patients, des stratégies ont été mises en place pour garantir une continuité des soins.

B. Les stratégies mises en place

Face à ce contexte inédit, l'objectif premier était d'obtenir une capacité d'accueil plus importante pour les patients nécessitant des soins possibles qu'en structures hospitalières. L'hôpital a donc mis en place une stratégie de déprogrammation des hospitalisations prévues ainsi que des chirurgies non urgentes. Les passages aux urgences ont été filtrés et la médecine de ville a dû s'organiser afin de suppléer les structures hospitalières en plus de leur activité de soins primaire.

Parmi d'autres axes que nous ne développerons pas, les services d'hospitalisations à domicile ont pris une place importante dans les stratégies de désengorgement de l'hôpital. Le recours à l'hospitalisation à domicile a permis de gagner en lits d'hospitalisations conventionnelles et de garantir des places pour les patients non éligibles à l'HAD.

Dès le printemps 2020, les Agences régionales de santé (ARS) ont mis en place des campagnes de mobilisation en faveur de l'hospitalisation à domicile afin de motiver les professionnels de santé à y recourir dès que possible, notamment lors de prise en charge de patient atteint de la COVID-19. **(19)**

L'objectif est double, que le motif soit une infection COVID-19 ou une autre pathologie, il faut limiter au maximum les passages aux urgences en initiant une HAD si le patient est éligible, stratégie d'amont, et orienter les patients déjà hospitalisés afin de réduire leur durée de séjour, stratégie d'aval.

Cette mobilisation a eu un impact non négligeable sur l'orientation des patients notamment pour COVID-19. En 2020, 14 500 patients ont été hospitalisés à domicile pour une prise en charge de la COVID-19, générant 209 800 journées. Cette activité a représenté 3% de l'ensemble des journées et 9% des patients en HAD. **(20)**

L'appel à la mobilisation a particulièrement concerné le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui s'est fortement renforcée. Plus de 26 900 patients domiciliés en EHPAD ont été pris en charge en 2020. Cette activité a représenté 9,6% du total de journées d'HAD et 17,5% des patients alors qu'elle ne représentait respectivement que 8,6% et 11,9% en 2019. **(20)**

Entre 2019 et 2020, au niveau national, nous avons constaté une hausse de 19,8% du nombre de patients pris en charge en HAD, soit 153 600 patients. Le nombre de journées d'HAD a lui augmenté de 10,8%. **(21)**

La région Hauts-de-France a été la 3^{ème} région la plus active en HAD en 2020. Avec notamment 665 100 journées en 2020 soit une augmentation de 10,1% par rapport à 2019. **(22)**

C. Les modifications réglementaires apportées

Dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, l'arrêté du 1^{er} avril complétant l'arrêté du 23 mars 2020, regroupe plusieurs mesures afin de faciliter l'intervention des établissements et structures d'hospitalisation à domicile, notamment avec les établissements sociaux et médico-sociaux. **(23)**

L'intervention de l'HAD est facilitée par la mise en place des mesures suivantes :

- « L'orientation en HAD est toujours faite sur avis médical mais, lorsque l'urgence de la situation le justifie, l'admission en HAD peut être réalisée sans qu'une prescription médicale n'ait été formalisée.
- En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être admis en HAD sans l'accord de son médecin traitant. Dans ce cas, il est informé de l'admission de son patient et des motifs de sa prise en charge.
- La convention entre les structures ou établissements sociaux et médico-sociaux et l'HAD n'est plus obligatoire.
- L'obligation imposant que le SSIAD/SPASAD ait pris en charge le patient au moins 7 jours avant la mise en œuvre d'une intervention conjointe d'une HAD et d'un SSIAD/SPASAD est supprimée. »

Ces mesures auront un rôle catalyseur sur l'activité de l'HAD durant la crise sanitaire.

Depuis la crise sanitaire

A. Le développement de l'hospitalisation à domicile

1. Feuille de route stratégique 2021-2026

L'hospitalisation à domicile a connu un virage majeur dans son développement en devenant acteur principal de la crise sanitaire.

En 2021, les instances gouvernementales, par le biais du ministre de la santé de l'époque, ont affiché une volonté de faire intégrer l'hospitalisation à domicile comme système de soins à part entière et non plus comme une simple modalité de prise en charge. **(24)**

Lors d'une entrevue avec le Dr Isabelle HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) **(25)**, Le ministre de la santé évoque sa volonté de faire grandir ce système de soins avec comme horizon 2026, une feuille de route sur 5 ans retrace l'ensemble des mesures et axe de progression envisagée.

L'un des axes est l'amélioration des connaissances et l'attractivité de cette activité. Pour ce faire, il est envisagé, entre autres, que chaque Agence régionale de santé (ARS) ait un référent HAD afin d'améliorer la coordination avec les structures. Il est souhaité également de développer la communication sur l'HAD par les caisses primaires d'assurance maladie et leurs délégués auprès des prescripteurs libéraux et hospitaliers à travers des fiches et l'outil d'orientation ADOPHAD. **(26)**

L'objectif est clair, encourager la prescription de l'HAD par les médecins généralistes en substitution d'une hospitalisation conventionnelle et favoriser la mise en œuvre locale des démarches par les ARS et l'Assurance maladie. **(27)** Ces axes font écho aux difficultés que nous avons évoquées dans la perception de l'HAD par les médecins généralistes avant la crise sanitaire dans le paragraphe (I.3.d).

Face à la volonté de ne pas revivre la même situation qu'en mars 2020 et afin d'anticiper de nouvelles périodes de tension hospitalière lors d'épisodes épidémiques exceptionnels, un recours renforcé aux HAD est envisagé notamment par l'intégration de cette dimension dans les plans « Hôpital en tension » des établissements. **(27)**

En ligne de mire de cette feuille de route se trouve la réforme des autorisations et du financement, prévu dans l'année 2023.

2. Une croissance positive

Malgré une forte augmentation durant l'année 2020, l'activité de l'hospitalisation à domicile poursuit son développement avec une augmentation de 2,5% du nombre de journées et 2,3% du nombre de patients pris en charge par rapport à 2020. **(28)** Le nombre de patients pris en charge avoisine les 158 000.

B. La réforme des autorisations du 1^{er} juin 2023 :

Cette réforme, prévue par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé vise, entre autres, à favoriser les alternatives de l'hospitalisation conventionnelle. **(29)**

Elle fait passer l'activité d'hospitalisation à domicile de simple modalité de prise en charge de la médecine à un champ d'activité de soins à part entière. Par ailleurs, elle pérennise plusieurs assouplissements réglementaires pris au cours de la crise sanitaire dont les retours d'expérience ont démontré leur efficacité et la nécessité de les maintenir.

1. La modification du régime des autorisations d'activités de soin

L'hospitalisation à domicile est devenue une activité de soins à part entière à compter du 1er juin 2023 en étant la vingtième activité de soins soumise à autorisation et, par conséquent, n'est donc plus une modalité de la médecine.

Elle donne une nouvelle définition de l'activité de l'HAD similaire à celle de 2017 mais reformulée « *L'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.* »

Le terme « établissement d'hospitalisation à domicile » est remplacé par « titulaire d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile ».

2. Les conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile

Elle précise également les aires géographiques d'interventions déterminées dont disposent les HAD. Les communes sont désormais énumérées de façon exhaustive par l'ARS dans lesquelles le titulaire de l'autorisation est autorisé à prendre en charge des patients.

3. La pérennisation des assouplissements réglementaires.

Plusieurs assouplissements réglementaires mis en place lors de la crise sanitaires sont maintenus.

En cas d'indisponibilité du médecin traitant, le médecin praticien d'HAD peut intervenir auprès du patient, y compris en matière de prescription.

L'HAD peut intervenir au sein d'un établissement social ou médico-social sans avoir préalablement conventionné avec l'établissement. La convention devra dans ce cas être signée au plus tard après le troisième résident pris en charge et dans les six mois qui suivent la première intervention.

Le délai minimal de sept jours de prise en charge par le SSIAD avant intervention de l'HAD est supprimé.

Ces dispositions sont entrées en vigueur dès la publication des textes.

4. La restructuration

La réforme restructure l'offre de soins de l'hospitalisation à domicile qui est maintenant construite autour de quatre mentions :

Une mention dite « socle » qui est polyvalente et prend en charge tous patients éligibles à partir de trois ans.

Et 3 mentions dites de « spécialités » : réadaptation, ante et post-partum et enfants de moins de trois ans »

5. Modification des conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile

Les conditions techniques de fonctionnement sont redéfinies et concernent, entre autres, le personnel de santé minimum requis, la fréquence des actes et la continuité des soins, nécessaire pour obtenir les différentes mentions, socle ou de spécialité.

En dehors de certaines exceptions, les établissements d'HAD actuellement titulaires d'une autorisation doivent avoir obtenu une autorisation de mention socle et/ou de spécialité et être en conformité avec les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement à la date du 1er janvier 2025. En l'absence, l'autorisation pourra être retirée.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée par la méthode de théorisation ancrée.

Ce type de méthode a été choisi car nous souhaitons recueillir le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France et analyser l'impact du phénomène sur la population étudiée.

II. Population étudiée et recueil des données

Nous avons choisi de réaliser un échantillon théorique à partir de la population des médecins généralistes des hauts-de-France.

Les participants doivent être médecin installé depuis au moins 5 ans, afin d'avoir le recul nécessaire pour évaluer de possibles modifications dans leur pratique.

Nous les avons contactés par appel téléphonique, mail ou en se déplaçant au cabinet.

L'objectif était de recueillir à l'aide d'entretiens semi-dirigés individuels leurs expériences et perspectives dans leur pratique sur l'évolution de l'hospitalisation à domicile depuis la crise sanitaire.

Nous avons réalisé 10 entretiens. Au bout de 8 entretiens la saturation de données a été atteinte et deux nouveaux entretiens m'ont permis de la confirmer.

III. Recueil et analyse des données

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens semi-dirigés individuels sur la période de décembre 2023 à mars 2024.

Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin interrogé ou par visioconférence avec l'application WhatsApp.

L'analyse des données a consisté à en une retranscription mot pour mot des entretiens, puis en la réalisation de verbatims regroupés ensuite en propriétés et en catégories à l'aide du logiciel NVIVO 14. Les catégories ont ensuite été analysées pour émettre des hypothèses et les tester sur de nouveaux entretiens sur le principe de l'itération.

Une triangulation par deux investigateurs externes à l'étude, Camille D. interne en médecine et Léa B. en master de santé publique, a été réalisée et le codage s'est avéré cohérent. La saturation de données a été atteinte au 8^{ème} entretien et deux nouveaux entretiens ont permis de la confirmer.

IV. Aspects réglementaires

Nous avons contacté le délégué à la protection des données (DPO) à la faculté de Lille qui nous a donné les conduites à tenir sur le plan réglementaire.

Une déclaration à la RGDP a été effectuée. (Annexe 1)

C'est une étude hors loi Jardé. Il n'y a pas de déclaration à la CNIL.

Les participants ont signé un document de consentement. Les entretiens sont anonymes. Un code a été assigné à chaque participant.

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée

Au total 10 entretiens semi dirigés allant de 22min01 à 44min27 ont été réalisés pour une durée moyenne de 29,45 minutes.

3 femmes et 7 hommes allant de 36 ans à 68 ans ont été interrogés.

La moyenne d'âge est de : 50,2 ans.

Médecin	Genre	Age	Département	Installation	Activité	Patientèle
M01	Homme	55	59	> 20 ans	Rurale	Âgée
M02	Homme	57	59	> 20 ans	Semi-rurale	Âgée
M03	Homme	36	59	5 < 10 ans	Semi-rurale	Jeune
M04	Homme	55	59	> 20 ans	Rurale	Variée
M05	Homme	42	60	10 < 20 ans	Semi-rurale	Jeune
M06	Homme	68	60	> 20 ans	Rurale	Âgée
M07	Femme	45	80	10 < 20 ans	Urbain	Variée
M08	Femme	45	59	10 < 20 ans	Semi rurale	Jeune
M09	Homme	61	62	> 20 ans	Rurale	Agée
M10	Femme	38	59	5 < 10 ans	Semi rurale	Jeune

II. Les médecins ressentent un développement de l'HAD

A. Ressentir une augmentation

1. Depuis le COVID

Les médecins perçoivent un chargement dans leur pratique sur l'activité des hospitalisations à domicile. Ils voient que leur nombre de patients pris en charge en HAD a augmenté depuis la crise sanitaire et notamment dans les années qui ont suivi.

M02

Ah bah j'ai vu que j'en avais plus, ça c'est clair. Clairement, il y en a un plus hein. Là où je te dis j'en ai 4-5 par an. Enfin c'est vraiment à la louche. C'était une ou 2 par an quoi. Donc je pense que ça a plus que doublé où triple.

M07

Ouais parce que moi j'ai le sentiment que dans notre pratique au moment de la crise sanitaire et du confinement, on en a fait un petit peu plus, mais pas façon significative non plus. Et c'est plutôt après finalement.

2. Indépendamment de la crise sanitaire

Certains médecins ont vu une augmentation mais ne l'imputent pas forcément à la crise sanitaire.

M07

J'ai eu l'impression pour moi, on en faisait déjà un petit peu avant. Alors c'est vrai que je suis forcé de constater qu'on a plus de patients en HAD ces dernières années. Est-ce que c'est suite à la crise sanitaire ? Je ne sais pas.

Je n'ai pas l'impression que les crises sanitaires aient vraiment précipité tout ça. Je pense que c'était déjà un petit peu dans l'air du temps. Peut-être que ça a contribué au fait que ça se développe plus.

3. Une augmentation progressive

Certains médecins ressentent une augmentation progressive sans ressentir un changement radical dans leur pratique.

M04

J'ai effectivement une augmentation de mes hospitalisations à domicile mais après c'est parce qu'on en parle. Parce que je me dis que c'est effectivement peut-être depuis cette période. Après je vais dire, je vais dire, c'est une augmentation progressive, c'est pas forcément un pic, tu vois un pic et depuis on reste un pic. Voilà un développement très important pour moi c'est progressif de plus en plus.

Certains ne constate aucun développement dans leur pratique.

M05

Ecoute non moi franchement je l'ai pas ressenti. Non en fait pour moi j'ai pas eu beaucoup d'HAD au final donc. Non, c'est que je l'ai pas ressenti.

M06

Moi ça n'a rien changé je veux dire ici pour moi ça n'a pas changé grand-chose parce qu'on n'a pas vraiment vu les moyens d'HAD vraiment augmenter dans le coin.

B. Un accès facilité

La majorité des médecins ont ressenti une facilité d'accès dans la mise en place des hospitalisations à domicile depuis la crise sanitaire. Cette facilité est due à une simplification des démarches et à une démocratisation de l'HAD dans le système de soins.

1. Une simplification des démarches

M02

J'ai l'impression que, même si ça pourrait toujours être encore plus simple, plus facile. J'ai l'impression que c'est quand même d'accès plus facile.

M07

Oui, toutes les démarches sont plus simples. La coordination est plus simple avec les différents intervenants. Oui, oui, tout est tout est plus carré, plus facile.

M09

C'est un système qui est quand même bien rodé maintenant et facilement accessible, rapidement et facilement accessible pour nous.

C. Démocratisation de l'HAD dans les pensées

L'Hospitalisation à domicile s'est démocratisée dans les pensées, avec notamment la crise sanitaire, incitant davantage les médecins à la considérer et à l'intégrer plus facilement dans leur pratique. De même, les patients ont pris conscience de son existence.

1. Démocratisation chez les médecins

M01

Peut-être que c'est un peu plus facile où on y pense plus facilement. Oui, voilà, peut-être qu'on va y penser plus facilement, en sachant que ce n'est pas toujours nous qui sommes le moteur pour déclencher une HAD.

M10

Oui, quand même beaucoup parce que oui, oui, ça c'est clair que c'est beaucoup plus dans la tête des gens, on place plus facilement le mot. Le terme d'hospitalisation à domicile, on en parle beaucoup plus facilement aux patients et puis à la famille quand il y a des soucis. Puis effectivement, depuis la crise sanitaire, parce que ça c'est beaucoup plus développer, on est d'accord.

C'est vrai qu'avant COVID on pensait peut-être moins à l'HAD c'est ça, c'est aussi le truc donc je n'ai pas de cas anciens. Je pense qu'il y a des cas en fait. A posteriori je me suis dit Bah mince, j'aurais dû mettre l'HAD mais on y pensait moins. Il y a 2-3 ans

2. Démocratisation chez les patients

M08

Les patients maintenant, je pense qu'ils connaissent quand même ce système hein. Ils connaissent enfin ceux qui ont des pathologies oui, ils savent que c'est possible.

M04

Il y en a de plus en plus qui connaissent qui ont vécu soit directement, soit indirectement par exemple d'un voisin, de quelqu'un de la famille globalement y a un bon retour d'ailleurs.

III. Les médecins comprennent le développement

A. Répondre à une demande

Ce développement de l'HAD répond à une demande de la société.

1. Les patients craignent l'hôpital

La méfiance envers l'hôpital préexistait à la crise sanitaire, mais les tensions hospitalières et le risque accru de maladies nosocomiales pendant cette période ont renforcé cette perception négative de l'hôpital.

M05

Mais par rapport au fait que les gens ils ont de plus en plus peur d'aller à l'hôpital aussi. C'est vrai, ils, ils craignent pas mal de choses là-bas.

Bah pour moi c'est une aide précieuse parce que comme tu dis les, les patients veulent de moins en moins aller à l'hôpital après.

2. Les patients veulent choisir

Les médecins ressentent une volonté croissante, de la part de leur patient ou de l'entourage, de choisir le domicile comme lieu de soins, notamment pour leur fin de vie.

M01

Ça m'est arrivé. Oui, quelque fois que le patient me dise bah oui, ce serait bien qu'il n'aille pas à l'hôpital. Est ce qu'on ne pourrait pas faire en sorte que le patient reste à la maison parce qu'il n'a pas envie d'être hospitalisé notamment je pense même plus soins palliatifs, au cancer, des gens qui veulent effectivement éviter à tout prix, l'hospitalisation.

M10

C'est vrai qu'ils veulent plus souvent, les personnes âgées, bien sûr, veulent plus souvent rester chez elles. Donc ça c'est clair, donc du coup ça favorise effectivement plus l'HAD.

3. Les patients recherchent une médecine plus humaine

a) Manque d'humanité à l'hôpital

La dégradation de l'environnement hospitalier engendre une perte des relations humaines avec les patients, parfois même conduisant à des situations de maltraitance selon certains médecins.

M08

Je pense qu'ils peuvent se sentir rassurés par ça et mieux que dans un environnement hospitalier qui est vraiment impersonnel.

M04

Et en fait, elle faisait je ne sais pas quoi, elle devait faire des études ou je ne sais pas quoi supplémentaire, toute cheffe de clinique qu'elle était et en fait j'ai compris bien plus tard que si elle faisait sortir la patiente, ben ça faisait un nouveau patient qui allait rentrer et tout le bilan et elle allait devoir s'investir là-dedans. Ça faisait 3 semaines qu'elle était là et la senior, elle a dit non non mais on la garde, il faut la surveiller, on peut pas la faire repartir. Je l'ai vu dans son locked in syndrome, la goutte à l'œil qui coulait. En plus c'était moi, pauvre con de devoir lui annoncer, elle n'avait pas les couilles de lui dire et Ben tout ça c'est du je m'en foutisme, zéro empathie du harcèlement à personne dépendante sous prétexte de ce de se laisser du temps

b) Rechercher la proximité

Les patients expriment davantage le souhait de limiter leurs séjours à l'hôpital et de privilégier les soins à domicile. Ils cherchent ainsi à retrouver une médecine de proximité que l'HAD peut leur offrir.

M04

Quand je lui ai dit c'est bon, vous pouvez partir. Elle m'a embrassé. C'était le premier billet que j'ai eu d'une famille en me remerciant des bons soins. Ça m'a fait drôle, hein.

M04

C'est bien notamment pour tout ce côté humain quoi, le care, le care, au sens voilà soins, soins de base, la parole, la parole qui est l'autre chose importante, faut discuter avec des patients, les écouter et voilà quoi.

c) Garder ses habitudes

Les patients sont rassurés par un environnement et des professionnels de santé qu'ils connaissent. Ils cherchent à conserver leurs habitudes.

M04

Le patient est suivi essentiellement par son médecin traitant. Donc, il se sent rassuré au niveau du suivi de dossier et des transmissions

M04

L'avantage premier, c'est le contexte familial pour le patient qui est en milieu connu, il est au milieu des siens, il est dans son lieu de vie. Pour le moral, c'est le top quoi. C'est ça, c'est l'ambiance familiale et familière outrancière puisque le gars est sur son lieu de d'habitation. D'habitus, l'habitude. Voilà là où il habite

M01

J'ai des patients qui se sont plaints un petit peu des fois du personnel infirmier ou parce qu'ils étaient habitués de leur infirmier libéral. Alors des fois je sais que maintenant l'infirmier libéral peut faire de l'HAD.

B. Résoudre un besoin

L'hospitalisation à domicile répond également à un besoin pour les médecins généralistes.

1. Être limité

a) Prescriptions hospitalières

Les médecins généralistes peuvent être limités par l'obligation d'une prescription hospitalière pour avoir accès à certaines classes médicamenteuses notamment utilisées lors des fins de vie. L'HAD leur offre une possibilité administrative et de moyen.

M06

[L'HAD] Elle répond à ce qui n'est pas autorisé pour nous en ville quoi.

M09

Sur le plan effectivement médicament, il y a des médicaments qu'on ne peut avoir que par le biais de l'HAD. Des molécules qu'on peut avoir que par le biais de l'HAD, notamment celle qu'on utilise en fin de vie.

2. Améliorer les prises en charges

a) Être dans le relationnel

Les médecins généralistes cherchent à retrouver un aspect relationnel dans leur soin pour améliorer leurs prises en charge.

M07

Je pense qu'il y a effectivement pas mal, pas mal d'intérêts et puis on n'a pas parlé et ça je voudrais toucher un mot du côté des soins palliatifs, de l'HAD dans le soin palliatif. Et ça pour moi c'est un vrai plus. Pareil pour les 2 mêmes raisons parce que le bénéfice pour le patient est énorme et aussi parce que j'aime, j'aime pratiquer comme ça, j'aime accompagner mes patients jusqu'au bout chez eux. Voilà en tant que médecin vraiment généraliste et médecin de famille et grâce à l'HAD c'est plus simple, c'est facile et c'est efficace

M04

L'avantage premier, c'est le contexte familial pour le patient qui est en milieu connu, il est au milieu des siens, il est dans son lieu de vie. Pour le moral, c'est le top quoi.

Dans l'HAD c'est le retour à la maison dans le cocon, au milieu des siens. Et ça, c'est un truc très important. On est suivi par son propre kiné, sa propre infirmière. Ya des infirmières de l'HAD qui peuvent venir en plus hein.

Voilà on a retrouvé nos choses de base, hein, c'est-à-dire quand t'es médecin et avant de proposer un traitement, tu écoutes le patient, tu l'examines, tu le touches un peu, tu le rassures, tu mets une main sur l'épaule, voilà et tout ça et ça fait partie du care quoi.

b) Pouvoir répondre à une demande du patient/famille

L'HAD permet au médecin traitant de pouvoir répondre à une demande du patient ou de la famille. On a observé une volonté croissante des patients à être soigné chez eux, notamment en fin de vie. Le médecin traitant, lorsque la situation le permet, peut répondre à cette demande en ayant recours à l'HAD.

M02

On n'avait communiqué pour qu'il puisse finir ses jours, sa vie, chez lui. Bon finalement ça ne s'est pas fait mais c'était l'idée de le mettre en HAD chez lui pour le suivi donc. Ça, c'était une, c'était une demande de la famille. Donc c'est quelque chose qui peut se présenter comme ça par une demande.

M08

Ça m'est déjà arrivé. Oui des patients justement pour éviter de rester à l'hôpital, demande si on pouvait... enfin surtout les proches. En fait c'est pas vraiment le patient, c'est les proches du patient hospitalisé qui demandaient si on pouvait pas faire un relais en HAD

3. Être suppléer

a) Avoir des avis spécialisés

Les médecins généralistes peuvent à avoir besoin d'aide sur certaines situations complexes et l'HAD leur permet d'échanger facilement avec d'autres professionnels.

M03

On peut échanger avec d'autres praticiens, d'autres médecins en l'occurrence. Qui sont souvent plus formés pour tel ou tel sujet, encore une fois, je cite les soins palliatifs, mais enfin y a plein de choses hein.

M04

Et puis en soins palliatifs avec une bonne aide au-delà de la prise en charge des infirmières, de tout le matériel, il y a une bonne aide quand on a besoin du médecin, du médecin de l'HAD en fait, hein, qui notamment nous aide pour des choses sur lesquelles on n'a pas l'habitude, parce qu'eux ils font, ils voient que ça, mais nous on n'en voit pas heureusement, trop souvent.

M05

C'est un peu comme travailler à l'hôpital, en équipe. En gros, hein, on discute. On a besoin aussi de parfois de se reposer sur quelqu'un qui a un dialogue.

M06

Quand j'ai besoin, je leur en parle.

b) Travailler en équipe

L'HAD leur permet également d'avoir une présence de professionnels de santé plus importante qui rassure le patient et le médecin.

M01

Ben l'avantage pour moi, c'est qu'effectivement, avec notre activité, je n'ai pas la prétention de pouvoir suivre au quotidien un patient qui a une pathologie lourde avec les activités qu'on a, on est débordé, on n'est pas suffisamment de médecins

Donc effectivement c'est bien qu'on ait une équipe de soignants qui s'occupe et qui peuvent nous prévenir des choses plus rapidement et pour intervenir plus rapidement.

M03

On peut mettre des soins de façon plus rapprochée. Une infirmière libérale grand Max, c'est 3 passages par jour, des fois on y arrive 4 fois. La, l'HAD, ça peut être un passage toutes les 2 h. J'ai déjà fait ça donc quand on a besoin d'être fort présent au lit du malade, entre guillemets, peu importe la raison, Ben c'est quand même un bel avantage hein. On sait qu'il y a une surveillance qui peut être un peu plus intensive.

M07

Un vrai soulagement, oui, en termes de pression, d'anxiété puis pareil de gestion des soins et au final, la famille c'est du plus, ce n'est pas indispensable du tout dans l'HAD mais ça n'est que du plus.

C. Être dans l'air du temps

Les médecins comprennent le développement de l'HAD car il rentre dans l'air du temps et répond aux besoins actuels de la médecine.

1. Modification des pratiques

a) Médecine ambulatoire

Les médecins ayant le plus d'expérience ont vu les pratiques radicalement changer depuis leur début d'exercice. Grace aux progrès de la médecine et à une volonté économique, les durées d'hospitalisations ont diminués.

M01

Mais de toute façon moi qui suis installé depuis bientôt 22 ans. Les pratiques ont énormément changé, notamment pour les durées d'hospitalisation. Avant, quand tu te faisais opérer d'une cholécystectomie, déjà ce n'était pas toujours sous célio. Tu étais ouverte, tu restais 8 ou 9 jours à l'hôpital. Maintenant au bout de 2 jours, des fois t'es sorti après une cholécystectomie sous célio.

M04

De toute façon en pratique, on le voit, hein. Les chirurgiens aussi, c'est de plus en plus court, y en a plein, c'est à peine une nuit, ce n'est même pas une nuit, tu rentres le matin, tu reviens sur des trucs... Il y a 25 ans, quand je suis arrivé, les gens ils restaient 5 jours, voire une semaine en hospitalisation hein.

2. Une souffrance hospitalière

a) Une qualité de soins diminuée

Dans cet environnement de souffrance hospitalière, les médecins ont vu la qualité des soins se dégradée notamment depuis la crise sanitaire.

M08

Depuis la crise sanitaire, l'hôpital ne répond plus présent comme avant.

M08

C'est à dire qu'entre l'avant et l'après COVID, on a l'impression que l'hôpital est clairement en grande difficulté, voire même défaillant. Je dirais parfois que du coup on doit beaucoup plus prendre le relais en ville sur certaines choses, on doit se débrouiller en général. Donc l'HAD bah ça en fait partie aussi beaucoup plus qu'avant puisque on peut beaucoup moins compter sur les hospitalisations. Les patients, moi j'ai déjà eu quand même plusieurs fois des patients pour lesquels pour moi il y avait vraiment indication d'hospitalisation et ils faisaient tout pour que les gens restent à domicile. Mais parfois un peu trop aussi quoi.

En fait comme on sait que on ne peut plus jamais avoir d'hospitalisation, on hésite à adresser les patients de plus en plus parce que on sait qu'ils ne vont pas être pris en charge, la plupart du temps c'est compliqué même pour des choses graves. Moi j'ai eu vraiment des cas avec des patients graves qui n'ont pas été pris en charge, qui sont revenus qui et du coup avec même des pertes de temps quoi puisqu'au final la situation ne s'est pas améliorée parce qu'en ville, ce n'était pas possible.

M10

J'aurais plus envie d'orienter vers une HAD parce ce que c'est mieux pour le patient. Il reste chez lui, il a ses repères et à l'hôpital, ben malheureusement il subit le manque de personnel, des renvois un peu trop précoces, alors que ça que ça ne va pas mieux ou enfin voilà, toutes les tensions.

b) Eviter l'hôpital

Les médecins se questionnent davantage sur les différentes possibilités de prise en charge afin de limiter l'envoi de patient à l'hôpital.

M04

Je sais que c'était compliqué d'avoir des places, enfin voilà quoi, on essayait de pas y aller.

M05

Initialement vraiment après le post COVID dans l'année qui a suivi on va dire ou pendant le COVID oui c'est évidemment moi j'ai plein de patient en tête où j'avais évité d'aller à l'hôpital avec les infections nosocomiale et puis le COVID, hein, avec les clusters qu'il y a eu, surtout à Compiègne, on était quand même bien bien servi.

3. Faire des économies

Les médecins comprennent la volonté économique de développer l'HAD. Ils pensent qu'une HAD est moins onéreuse qu'une hospitalisation conventionnelle.

M02

Non mais j'aimerais bien connaître la différence de coût tiens, parce que on sait que ça coûte beaucoup moins cher, mais je n'ai pas les chiffres.

M07

Je ne sais pas bien en termes de dépenses si... Alors je pense que si ça a été mis en place et soumis par le gouvernement, c'est que c'est intéressant. Mais pour ça, moi je n'ai aucun, aucun retour là-dessus mais quand même je pense que c'est un des arguments qui a motivé le développement de l'HAD.

4. Aspect écologique

Pour certain médecins le développement de l'HAD peut avoir un bénéfice écologique avec une diminution des trajets.

M04

Alors après, si on sort de ça, sur notre planète qui est en train de dégueuler il y a trop d'humains, la consommation et cetera, ça permet d'alléger les coûts, les machins, les trucs carbone comme on dit, et cetera, et cetera. Voilà il vaut mieux l'infirmière qui fait un aller-retour une fois par jour plutôt que la famille de 10 et 3 voitures qui vont voir un tour de rôle, la grand-mère à l'hosto. Donc d'un point de vue écologique, je pense que ça peut être intéressant.

IV. Les médecins sont favorables au développement

A. Être convaincu des bénéfices de l'HAD

Les médecins sont convaincus des bénéfices de l'HAD sur différents aspects.

M07

Bah un regard positif parce que voilà, à titre personnel parce que j'apprécie ce mode de travail et à titre collectif parce que oui, je pense qu'il y a effectivement pas mal, pas mal d'intérêts.

M09

Pour moi, l'HAD c'est vraiment quelque chose de... C'est une super idée. Franchement, c'est une super idée. C'est un super outil. On a affaire dans la plupart des cas des équipes investies professionnelles sérieuses.

C'est vraiment quelque chose, pour moi qui ai vécu la période avant l'HAD. C'est un truc absolument. C'est génial quoi. Je ne sais pas si ça existe dans d'autres pays, mais en tout cas je trouve que c'est quand même un système super et qui est facilement accessible.

1. Pour le médecin

Elle leur permet d'exercer une médecine qu'ils aiment.

M06

Moi je suis pour le maintien des personnes âgées à domicile. J'ai fait des tas d'accompagnement de gens en fin de vie. Non non, moi quelqu'un qui est à la maison, pour moi ça m'intéresse, ça reste une activité que j'aime bien quoi.

M07

Je pense qu'il y a effectivement pas mal, pas mal d'intérêts et puis on n'a pas parlé et ça je voudrais toucher un mot du côté des soins palliatifs, de l'HAD dans le soin palliatif. Et ça pour moi c'est un vrai plus. Pareil pour les 2 mêmes raisons parce que le bénéfice pour le patient est énorme et aussi parce que j'aime, j'aime pratiquer comme ça, j'aime accompagner mes patients jusqu'au bout chez eux. Voilà en tant que médecin vraiment généraliste et médecin de famille et grâce à l'HAD c'est plus simple, c'est facile et c'est efficace

M07

C'est une augmentation appréciable, franchement, moi je l'apprécie parce que voilà, c'est un mode de fonctionnement que j'aime bien, je trouve, qui rend vraiment beaucoup de services, donc ça vient bien s'intégrer dans mon, dans ma pratique et dans mon activité.

2. Pour le patient

Pour les médecins, elle permet d'améliorer la qualité des soins pour les patients.

M03

Maintenant, les patients sont mieux chez eux que dans un lit d'hôpital quand même, donc à partir du moment où on estime qu'ils sont quand même en sécurité chez eux ou autre, je pense que c'est une bonne idée.

3. Pour l'hôpital

Les médecins sont convaincus que l'HAD alléger la charge de l'hôpital.

M05

Bah pour désengorger l'hôpital, l'hôpital, il n'y a jamais de place et puis si le patient est d'accord, c'est toujours plus confortable d'être à la maison. Puis surtout pour soulager les hôpitaux, évidemment, hein.

M07

Oui, complètement, complètement. Bah pour soulager l'hôpital Hein, tout simplement.

M10

Je pense que c'est une bonne chose, que de toute façon il faut trouver des solutions pour diminuer entre guillemets la pression à l'hôpital.

B. Être à l'aise avec l'HAD

1. Avoir acquis de l'expérience

L'hospitalisation à domicile se développant déjà avant la crise sanitaire, certains médecins ont acquis de l'expérience et ne se sentent pas mis en difficulté par le virage pris depuis la crise.

M01

Ça n'a rien changé parce que je la pratiquais déjà l'HAD. Avant ou après COVID hein, j'en faisais déjà et j'ai l'impression de faire la même chose maintenant.

M03

C'est vrai que depuis que je suis installé, je m'en suis beaucoup servi pour les soins palliatifs notamment, comme beaucoup de médecins je pense.

M04

J'avais déjà une bonne image, donc ça ne s'est pas détérioré, ça ne s'est pas amélioré parce qu'elle reste bonne. Non, moi je n'ai pas eu d'impact par rapport à ça.

2. Bonne communication

Les médecins sont à l'aise grâce notamment à une bonne communication avec les acteurs des établissements d'HAD qui facilite les prises en charge et le travail des médecins généralistes.

M03

Franchement, peu importe l'organisme, ils sont quand même facilement joignables. On peut même facilement avoir un médecin coordinateur ou responsable au téléphone pour avoir des avis sur des protocoles à mettre en place ou des choses comme ça.

M07

C'est top, c'est top soit les personnes soins services nous laissent un mot dans le classeur, soit pour nous communiquer, nous transmettre des choses ça se fait par mail, soit ils nous appellent via notre plateforme de rendez-vous donc franchement ça fonctionne très très bien

M01

L'HAD, ils sont assez dispo, on peut rentrer en contact facilement avec eux. Le médecin de l'HAD, on peut le joindre facilement.

3. Ne pas avoir de contraintes

La plupart des médecins généralistes ne ressentent pas de contraintes lors des prises en charge de patient en HAD. Ils sont satisfaits du fonctionnement et ne se sentent pas mis en difficulté.

M01

Je n'ai pas ressenti de problèmes particuliers et quand bien même j'en ai, il suffit que j'appelle le médecin qui s'occupe de l'HAD et je vois avec lui directement quoi. Non je n'ai jamais eu trop de problèmes.

M03

Ça s'est toujours bien passé quand j'ai eu des patients en HAD. Ça m'a souvent même aidé au final à prendre en charge correctement mon patient, à mettre les choses en place et je n'ai jamais reçu de ressenti de difficultés.

M07

Ça c'est toujours bien, bien géré et ça a toujours été pour le bénéfice des soins du patient, et intégrer de façon facile à notre à rythme. Pas mise en difficulté en tout cas.

4. Pouvoir s'organiser

Les médecins restent libres de s'organiser comme ils le souhaitent et certains ne changent pas leurs habitudes.

M05

Non non bah quoi qu'il arrive, c'est des visites à domicile, après je ne m'organise pas différemment. Non, non, c'est la même chose.

M07

Alors nous on fait pas du tout comme ça, c'est à dire que je considère que c'est une visite à domicile comme les autres. Donc on continue le suivi de notre patient comme on le faisait avant, en faisant nos prescriptions.

C. Se projeter

Les médecins généralistes sont favorables au développement de l'HAD dans le système de soins.

M01

Oui pour moi, développer l'hospitalisation à domicile je ne le vois pas comme une mauvaise chose, je suis pas du tout hostile.

M05

Bah moi je suis entièrement d'accord s'il y a des moyens et s'il y a le personnel pour, c'est top de pouvoir développer ça carrément.

1. Croire au développement

Ils envisagent même un développement plus important.

M04

Je pense que ça va se développer parce qu'entre la maîtrise comptable, les possibilités techniques, et cetera, tout est là et je pense que oui, ça va se se développer encore très bien

Les possibilités techniques associées aux maîtrises comptables et au développement de places intra-hospitalières classiques. Tout est réuni pour faire

2. Avoir des idées d'amélioration

Ils ont même des idées d'amélioration.

M01

Et puis bon il y a peut-être des améliorations hein. Je te parlais par exemple de la possibilité de passer une carte vitale. Voilà la Sécu nous dit qu'il faut tout transmettre et là l'HAD, on est encore à la vieille méthode avec les feuilles de soin qu'on envoie en papier à l'hôpital. Bon c'est des choses qui pourraient nous faire gagner un petit peu de temps et nous faire moins de paperasse.

M03

Nous on aime bien savoir avec qui on travaille hein quand même quand j'adresse à un spécialiste en règle générale je le connais. Enfin c'est vrai que les équipes de l'HAD on aimerait peut-être bien aussi les rencontrer, les connaître en amont. Ca peut être bien.

V. Les médecins ont de l'appréhension

A. Limites de l'HAD

1. Manque de moyens humains

Les médecins s'interrogent sur les moyens humains des établissements d'HAD pour faire face à une augmentation des hospitalisations à domicile, ainsi que sur la réactivité parfois moindre des équipes, comparativement à une hospitalisation conventionnelle.

M04

Ils ne sont pas assez nombreux pour intervenir comme dans un service. Tu sonnes et puis l'infirmière, elle vient dans les 2 Min quoi, et je vais dire la c'est dans les 2 h et donc plus de personnel alors soit qu'ils aient plus de monde, soit permettre aux infirmières libérales d'intervenir, qui elles peuvent connaître les matos mieux que nous parce que de toute façon c'est leur boulot.

M05

Parfois, je ne pousse pas à aller en HAD enfin à bénéficier de l'HAD parce que je sais que ma collègue, du coup elle est surchargée aussi de travail et que du coup je garde ça vraiment pour les cas les plus graves où les cas où il y a le plus de soins nécessaires et souvent les patients, enfin les derniers cas que j'ai eu, je les oriente vers plutôt le libéral avec les infirmières qui passent et cetera.

2. Gérer l'environnement

a) Lieu peu adapté

Dans certaines situations, le domicile n'est pas un environnement optimal pour la prise en charge du patient et peut mettre en difficulté le médecin ou la famille du patient.

M04

Quand on a un hic, on a vraiment une détresse respi un truc, enfin c'est anxiogène pour tout le monde. Pour, pour la famille qui est face à ça, on ne peut pas leur dire de sortir, enfin s'ils peuvent sortir de la pièce, mais ils sont dans leur maison donc ce n'est pas comme à l'hosto, on va les faire sortir de la Chambre le temps qu'on technique le gars.

M07

Il y a certaines contraintes parce que voilà, on envahit un peu chez eux. Il y a beaucoup de monde qui passent, il y a des horaires parfois différents, donc ce sont quand même des contraintes je dirais Pratico-Pratique dans leur dans leur intimité.

b) Une charge pour la famille

La famille est en première ligne dans les situations d'HAD, elle peut se retrouver en difficulté face à la souffrance ou la mort.

M04

Et il hurlait, il y avait toutes ces filles, sa femme, et cetera, les beaux fils qui étaient là, qui étaient dans l'angoisse. Ils ont dit ce n'est pas possible et en fait, on était limité parce que toutes les SAP, les supplémentaires on était au taquet de ce qui était fait.

M08

Après faut voir aussi la place des conjoints des accompagnants, des fois je trouve qu'ils sont un peu trop sollicités enfin on ne les épargne pas forcément assez je trouve hein. Ils sont des fois un peu... pour eux ce n'est pas évident par rapport à l'hôpital, là ils sont plus investis.

3. Contraintes administratives et logistiques

a) Une lourdeur administrative

Les médecins retrouvent une lourdeur administrative chronophage qui représente un frein à la mise en place de l'HAD.

M06

Voilà, c'est ça le problème, c'est à dire que à la fois on en a besoin, puis à la fois ils sont d'une raideur et d'une lourdeur dans le dans le truc c'est ça, ça nous fait un peu soupirer après on va dire ça comme.

À limite, je préfère me démerder tout seul avec les infirmières que je connais bien et tout que d'avoir affaire à l'HAD où c'est devenu, c'est lourd, c'est compliqué, c'est de la procédure. Il faut une semaine pour les mettre en route.

Voilà, mais quand on voit arriver l'hôpital, on voit arriver l'hôpital. C'est à dire qu'on a toute la lourdeur, la puissance administrative.

M08

La dernière fois ils m'en ont demandé de signer des papiers, je ne sais pas combien de page à lire, que c'est compliqué, que je n'ai pas eu le temps de le lire.

b) Des soins chronophages

L'HAD représente une charge de travail plus importante pour certains médecins.

M01

Oui, oui, c'est ça prend plus de temps parce que des fois c'est du soin palliatif. Parce que des fois il y a des pathologies lourdes et parce que des fois on doit rester aussi avec la famille

M02

Y'en a plus donc ça prend plus de temps. Quand il n'y en avait pas forcément ça ne prenait pas de temps. Maintenant, c'est plus. Donc le temps se multiplie par le nombre de patients qui rentrent dans le dispositif préalablement

M05

C'est sûr que c'est des visites qui sont chronophages et qui prennent plus de temps.

4. Des contraintes d'éligibilité

Les médecins sont conscients que l'HAD répond à des critères d'éligibilité précis concernant le patient ou son environnement qui peuvent restreindre sa mise en place.

M10

Voilà après je pense qu'il y a un délai d'organisation. Il y a des petites choses peut-être, ça ne peut pas se faire tout le temps quoi hein, je pense qu'il y a des critères, et puis selon, qui y ait un aidant ou pas, selon que la famille soit proche ou pas. Enfin ouais, à mon avis on ne peut pas le faire pour toutes les situations.

M06

Souvent des fois les HAD me sont refusés parce que Ah oui non il est pas assez lourd. Parfois on n'a pas les moyens de prendre en charge certains patients. Mais comme il n'est pas assez lourd, il n'est pas éligible à l'HAD.

VI. Être méfiant

A. Discordances de motivations

Les médecins sont méfiant vis-à-vis des motivations sous-jacentes au développement de l'HAD. Ils redoutent que la volonté économique prime sur la qualité de prise en charge et le bien-être du patient

M04

Au-delà de tous ces trucs là et d'alléger les soins, et cetera, je pense que c'est aussi sous couvert de santé publique, mais de coûts financiers quoi. Voilà quoi de finances publiques. Il n'y aurait pas les problèmes en question, on ne serait peut-être pas à tant d'HAD quoi

M08

C'est bien que ça se développe, mais il faut que ça garde, il faut arriver à garder les bonnes indications et voilà. Et que ce ne soit pas un retour précipité du patient parce qu'il y a plus de place qui motive l'HAD que ce soit dans l'intérêt du patient. Pas dans un intérêt juste économique... Enfin voilà, faut que ce soit aussi dans l'intérêt du patient.

B. Modification du statut

1. Perdre son statut

Pour certains, les médecins généralistes ont un rôle primordial dans la prise en charge des patients en HAD, ils sont la pierre angulaire du suivi et ont un rôle d'acteur principal.

M09

La manière dont nous gérons ici l'HAD, le médecin traitant garde un rôle pivot dans la gestion de la situation, parce que c'est lui qui est à l'initiative souvent de la mise en place de l'HAD et de la mise en place ou de la prolongation des traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Mais avec certaines HAD, le médecin traitant peut être mis en retrait et perdre son statut d'acteur principal.

M06

C'est de donner plus encore plus de poids à l'hôpital par rapport à nous. C'est à dire que le centre de décision quand il y a une HAD, c'est plus moi. En gros une HAD elle nous dépossède de notre patient

M09

Ça m'est arrivé il y a longtemps, pas récemment sur des comportements un peu, je dirais, un peu intrusifs et un peu excessifs d'une infirmière ou d'un médecin coordinateur. Ça ne m'est pas arrivé récemment Mais parfois, des prescriptions qui sont faites en dehors, sans que je sois prévenu, voire même des prescriptions faites pour vérifier et que j'avais moi une bonne pratique. Là ça la fout mal quand même. Par exemple on suspectait, mais ça ne s'est pas reproduit, ça me suspectait d'avoir prescrit des benzo de manière excessive une patiente et donc eu un dosage de benzo chez la patiente. Bon là j'ai trouvé ça plutôt mal placé.

M10

Du coup, le fait d'avoir l'HAD, Ben déjà je n'étais pas l'interlocutrice principale, et on va dire je venais en plus quoi. Voilà, c'était alors on me demandait bien sûr des choses, des conseils, et cetera, mais on va dire que Ben je pense qu'il y a un médecin en HAD et cetera. Donc lui gérait un peu les perfs, les trucs,

C'est vrai que des fois c'est un petit peu plus exclu. Enfin bon, c'est un gros mot exclu de la prise en charge, mais c'est plus secondaire la dame là que j'avais en qui était en phase terminale de de cancer. Je pense qu'ils auraient pu se passer de moi. Après, c'est moi connaissant la dame, elle qui me connaît bien. Enfin voilà, je trouvais ça normal d'y aller et puis de la voir entre guillemets, régulièrement en fin de vie. Je trouvais que c'était enfin c'était le rôle du médecin traitant pour moi.

2. Avoir peur de perdre son indépendance

Les médecins ont peur de perdre leur indépendance.

M08

C'est bien pour le patient qu'il y ait une facilité à initier une HAD, mais alors après, si nous on se retrouve obligé à être le médecin responsable d'une HAD sans qu'on ait donné à notre accord c'est quand même un petit peu gênant, c'est ça.

T'as quand même des protocoles, t'as quand même plusieurs intervenants, tu ne peux pas faire ce que tu veux dans ton coin, c'est avec une équipe, tu te retrouves finalement en équipe sans, sans l'avoir décidé au départ.

M01

Après faut savoir quelle implication on va avoir là-dedans ? Est ce qu'ils vont nous augmenter l'implication ? Est ce qu'ils vont nous imposer des passages à domicile ? Jusqu'à présent on gérait un peu comme vous voulez mais c'était nous qui décidions avec la famille quand on passait ou pas. S'ils commencent à nous dire comme à l'hôpital vous devez venir tel jour ou tel machin et ça va être compliqué.

M08

Ça ne me dérange pas à partir du moment où, comme on est des professions libérales, quelque part on a quand même envie d'avoir la main sur notre pratique, enfin voilà le temps qu'on peut passer, et cetera. Est-ce que si demain on dit qu'il y a une HAD pour un patient et que je dois y aller tous les jours, bah clairement c'est compliqué quoi donc tout dépend dans quelle mesure, si c'est une fois par semaine, c'est jouable, c'est tous les jours ça ne sera pas jouable.

M07

Obligé, oui bah parce que voilà, on nous passe l'info et puis on prend le relais nous naturellement mais sans effectivement avoir eu l'occasion de dire non, je ne peux pas.

3. Être vulnérable

Prendre en charge un patient en HAD peut mettre le médecin en difficulté car il sort de sa zone de confort. Il est vulnérable face aux complications qu'il peut y avoir dans cet environnement public.

M04

*Il y a, des choses anxigènes pour le médecin aussi. Voilà, c'est une gestion d'une population, tu vois, ça devient un peu de la médecine de guerre quelque part, t'es en public quoi, tu travailles, en public, c'est là, t'es comédien sur scène quoi, hein, tu ne répètes pas face à ton miroir donc y a ça.
On doit gérer le patient, nous, qui est souvent dans un état grave. Et on se retrouve comme un couillon.*

C. Manque de clarté

1. Disparité entre les HAD

Le fonctionnement d'une hospitalisation à domicile peut varier selon les HAD.

M09

En fait on a globalement 2 services d'HAD à proximité. Donc selon l'endroit où habite le patient, ce sera l'un ou l'autre. Il y a des petites différences hein, il y a de modes de prise en charge un peu différents selon les équipes d'HAD.

2. Un rôle non défini

Les médecins généralistes ont du mal à définir précisément leur rôle dans une HAD.

M03

Des fois, c'est un peu flou quand même hein, c'est vrai ce que tu dis là après au final, je pense que mon rôle, il est exactement le même chez un patient avec une HAD ou sans HAD hein.

M06

Il y a beaucoup de flou et on ne sait pas. Et dans cette histoire, rien que la manière dont sont faits les papiers, nous on est sur le côté hein en gros, il n'est pas marqué le chef, c'est le médecin traitant. Ce n'est pas marqué quelque part.

VII. Les médecins ne se sentent pas considérés

A. Être en retrait

Certains médecins se sentent mi à l'écart de leur patient.

M06

C'est de donner plus encore plus de poids à l'hôpital par rapport à nous. C'est à dire que le centre de décision quand il y a une HAD, c'est plus moi. En gros une HAD elle nous dépossède de notre patient

Oui, je suis à la 5e roue du carrosse parce que c'est comme ça qu'on se ressent. C'est à dire qu'on a l'impression qu'ils font leur truc et que de temps en temps, ils nous disent quelque chose quoi

M09

Je sens bien sur le plan politique, ce qu'ils essayent de faire. Et en même temps, on se regorge de médecins traitants, pivots du système de soins, et en même temps, on fait tout pour l'écarter

M10

Moi je suis pour le développement. Bon après c'est bien quand même que le médecin soit dans la boucle entre guillemets hein. C'est sûr que bon des fois le fait d'être en HAD effectivement t'as beaucoup moins de choses à faire donc tu reçois des courriers mais il se peut que tu ne vois pas forcément le patient. Bon c'est un peu dommage aussi.

C'est vrai que des fois c'est un petit peu plus exclu. Enfin bon, c'est un gros mot exclu de la prise en charge, mais c'est plus secondaire la dame là que j'avais en qui était en phase terminale de de cancer. Je pense qu'ils auraient pu se passer de moi. Après, c'est moi connaissant la dame, elle qui me connaît bien. Enfin voilà, je trouvais ça normal d'y aller et puis de la voir entre guillemets, régulièrement en fin de vie. Je trouvais que c'était enfin c'était le rôle du médecin traitant pour moi.

B. Absence de communications

Les médecins déplorent un manque de communication sur le développement de l'HAD.

M03

Mieux nous informer du coup parce que tu dis qu'a priori on a été informé de développement mais franchement ça me passait complètement au-dessus de la tête donc. Je n'ai pas vu l'info passer en tout cas.

M06

Bah parce que c'est comme ça qu'on se ressent. C'est à dire qu'on a l'impression qu'ils font leur truc et que de temps en temps, ils nous disent quelque chose quoi.

M09

Je ne connaissais pas ces mesures, en particulier la possibilité de passer au-dessus de l'accord du médecin traitant pour mettre en place une HAD je trouve ça un petit peu fort quand même.

C. Devoir subir des décisions politiques

Les médecins imputent la mauvaise santé du système de soins aux décisions politiques.

M02

Je te parle de mon prédécesseur qui vient de décéder. Là il est mort à 83 ans et mais il est parti à la retraite à 58 ans, donc jeune pour un médecin avec enfin ça s'appelait MICA, mesure d'incitation à la cessation d'activité anticipée, donc en fait, ils avaient pondu ça un truc complètement fou parce que 10 ans après on s'est dit putain mais ils sont trop cons en fait. La Sécu était en déficit donc trop de coups, il fallait diminuer les coûts. Ce n'est pas si vieux que ça, c'est à dire 25 ans.

Donc tout a été fait en dépit du bon sens. Maintenant il faut gérer la situation.

Les médecins méprisent les politiques car ils les tiennent responsables et pas à l'écoute.

M02

C'était les conneries de ces années-là et 5 ans ou 10 ans après ils se disent putain mais il y a un manque de médecins. Maintenant c'est les vieux vous ne pouvez pas revenir aider les jeunes, non mais tu te dis t'avais des mecs qui sont complètement tarés quoi. Et c'est pour ça que le Conseil de l'ordre j'ai beaucoup de mal parce que tout ça a été validé par le Conseil de l'ordre

M01

Bon, en sachant que d'une manière générale, en ville, on est assez hostile à l'ARS hein par rapport à... parce que de toute façon déjà c'était impossible quasiment de les joindre. C'est eux qui faisaient la pluie et le beau temps. [...] C'était vraiment les dieux sur terre et nous on comptait vraiment pour de la merde quoi donc l'ARS effectivement moi bon.

D. Devoir compenser

Certains médecins pensent qu'ils vont devoir être mobilisé pour compenser des carences.

M08

Enfin voilà, je trouve qu'effectivement les indications en général sont peut-être moins bien ciblées qu'avant, parce qu'en fait, on sert un peu de... Tout ce qui ne peut pas être fait à l'hôpital, on se débrouille parce que y a plus de place.

Quelque part je ne voudrais pas qu'on refasse porter sur nous les carences de l'hôpital et en faisant des économies sur notre dos alors qu'ils nous payent au lance-pierre.

I. Le modèle explicatif

Les médecins perçoivent un **changement** dans le développement de l'HAD avec une augmentation des prises en charge, un accès facilité et une démocratisation fortement impactée par la crise sanitaire. Ils **comprennent** ce développement par la nécessité de répondre à une demande et de résoudre un besoin qui rentre dans l'air du temps. Les médecins sont **favorables** à ce développement car ils sont convaincus des bénéfices et sont à l'aise avec l'HAD. Cependant les médecins ont tout de même de **l'appréhension** sur le développement de l'HAD, ils perçoivent des limites et craignent la modification de leur statut. Ils sont méfiants sur les motivations économiques du développement.

II. Résultats et comparaison avec la littérature

1. Les médecins ressentent un changement sur le développement de l'HAD

a. Augmentation

Les médecins généralistes perçoivent une **augmentation** des prises en charges dans leur pratique. Certains l'imputent directement à la **crise sanitaire**, d'autres le voient plus comme un développement progressif depuis plusieurs années accentué par la crise sanitaire. Cette augmentation ressentie renvoie à la hausse de près de 20% du nombre de patients pris en charge entre 2019 et 2020 et qui a continué les années suivantes. **(21)**

Quelques médecins ne ressentent pas d'augmentation et l'explique par le fait que l'hospitalisation à domicile reste une prise en charge très peu fréquente dans leur activité et qu'il est difficile de ressentir un changement avec aussi peu de prises en charge.

b. Facilité d'accès

Les médecins constatent **une facilité d'accès** à l'hospitalisation à domicile. Elle est le résultat d'une **simplification des démarches** et d'une bonne communication avec les acteurs des établissements. En effet certaines démarches administratives, comme la signature obligatoire d'une convention en amont de la 1^{ere} prise en charge entre les établissements sociaux et médico-sociaux et l'HAD, ont été supprimé lors des assouplissements réglementaires et pérennisées lors de la réforme des autorisations du 1^{er} juin 2023. **(29)**

c. Démocratisation

Ce changement est également le résultat d'une **démocratisation** de l'HAD dans le système de soins. En effet, la **crise sanitaire** a joué un rôle important dans la démocratisation de l'HAD, incitant davantage de médecins à considérer et à intégrer plus facilement l'HAD dans leur pratique. De même, les patients ont pris conscience de son existence grâce à cette crise.

En 2017 50% des médecins généralistes interrogés lors de l'étude VIAVOCE estimaient que l'hospitalisation à domicile était peu connue des médecins généralistes. **(17)** Aujourd'hui le discours de l'ensemble des participants rapporte que l'HAD s'est fortement démocratisée.

2. Les médecins comprennent le développement de l'HAD

a. Répondre à une demande

Les médecins généralistes comprennent cette augmentation par la nécessité de **répondre à une demande** de la société. Cette demande découle de la situation actuelle du système de soins, confrontée à une **surcharge hospitalière (11)** ainsi qu'à un manque de ressources humaines et matérielles. La qualité des soins s'est détériorée, entraînant notamment une **perte de la relation humaine** avec les patients, et parfois même conduisant à des situations de maltraitance selon certains médecins.

Les patients expriment davantage le souhait de limiter leurs séjours à l'hôpital et de privilégier les soins à domicile **(30)**. Ils cherchent ainsi à retrouver une **médecine de proximité** que l'HAD peut leur offrir.

Dans ce contexte, certains médecins ont observé chez leurs patients une **crainte de l'hôpital**. La crise sanitaire, en accentuant la dégradation du système de soins hospitaliers, a accru la méfiance des patients envers l'hôpital, avec notamment le risque de maladies nosocomiales.

b. Résoudre un besoin

Les médecins généralistes comprennent cette augmentation par la nécessité de **résoudre un besoin**. En effet, ils peuvent être limité par l'obligation d'une **prescription hospitalière** pour avoir accès à certaines classes médicamenteuses notamment utilisées lors des fins de vie. Or on observe une volonté croissante de finir sa vie au domicile ces dernières années **(30)**. Pour respecter le choix de leurs patients ou leurs convictions personnelles, les médecins doivent avoir recours à une hospitalisation à domicile.

Le médecin généraliste est synonyme de médecin de proximité, parfois même de médecin de famille. Il a une connaissance optimale du dossier médical et de l'environnement de vie du patient renforçant ainsi la qualité des soins. Les patients sont rassurés d'être soigné dans un environnement et par des professionnels de santé qu'ils connaissent. L'HAD permet, en maintenant les patients au domicile, de renforcer de l'aspect relationnel médecin-malade et donc d'**améliorer la prise en charge**.

De plus, les médecins généralistes peuvent avoir besoin d'aide sur certaines situations complexes et l'HAD leur permet d'**être suppléés** avec un travail d'équipe et une coordination entre les différents acteurs. Ils peuvent aussi avoir l'avis de médecins qui ont plus d'expériences sur certaines situations. Il retrouve dans l'HAD la notion de collégialité.

c. Être dans l'air du temps

Les médecins comprennent l'augmentation car elle rentre **dans l'air du temps**. Les médecins ayant le plus d'expériences ont vu leurs **pratiques radicalement changer** depuis leur début d'exercice. En effet, grâce aux progrès de la médecine les durées d'hospitalisations ont diminuées et la **médecine ambulatoire** a considérablement augmenté. On peut prendre pour exemple certaines chirurgies qui nécessitaient auparavant une semaine d'hospitalisation et qui sont réalisées aujourd'hui en ambulatoire.

De plus, l'hôpital subit depuis une décennie une surcharge hospitalière et une demande de soins accrue qui favorisent la course à l'ambulatoire pour gagner en capacité et en rentabilité. Les médecins comprennent la **volonté économique** de développer l'HAD car ils pensent qu'une HAD est moins onéreuse qu'une hospitalisation conventionnelle. Cette notion était déjà présente chez les médecins généralistes dans l'étude VIAVOCE de 2017. **(17)**

La crise sanitaire, par son impact sur le système hospitalier, a fait prendre un virage au développement de l'hospitalisation à domicile. Elle a été utilisée comme un outil de désengorgement de l'hôpital lors des fortes tensions hospitalières. Les instances de santé ont incité les médecins et mis en place des assouplissements réglementaires afin de faciliter l'initiation aux HAD. **(23)**

Fort de cette expérience, l'hospitalisation à domicile est ressortie plus forte pour être aujourd'hui plus présente dans le système de soins avec notamment la réforme des autorisations du 1er juin 2023 qui pérennise les assouplissements réglementaires pris pendant la crise sanitaire. **(29)**

Certains médecins y voient également un **aspect écologique** avec une diminution des transports et donc moins d'émissions de CO2.

3. Les médecins sont favorables au développement

a. Être convaincu des bénéfices

Les médecins sont **convaincus des bénéfices** que peut apporter l'hospitalisation à domicile pour eux ou leurs patients. Elle leur offre la possibilité d'exercer une **médecine de proximité**, notamment en permettant le suivi de patients en fin de vie. Elle leur permet de répondre aux souhaits des patients, de favoriser leur confort et donc d'améliorer leurs prises en charge dans leur globalité.

En 2016, une étude rapportait que 85% des patients souhaitaient décéder à leur domicile, entouré de leurs proches. **(30)** Aujourd'hui les soins palliatifs représentent environ un tiers des hospitalisations à domicile avec une augmentation de 3,5 % entre 2021 et 2022. **(28)**

Les médecins sont également convaincus des bénéfices que l'HAD peut apporter sur le désengorgement de l'hôpital.

b. Être à l'aise

Les médecins sont majoritairement **à l'aise avec l'HAD**. Son développement ayant commencé avant la crise sanitaire, certains médecins ont **acquis de l'expérience** et ne se sentent pas mis en difficulté par le virage pris depuis la crise. Ils sont satisfaits du fonctionnement et ne ressentent **pas de contraintes** majeures grâce à un accès facilité et une bonne communication avec les différents acteurs de l'HAD.

Les médecins **se projettent** et envisagent un développement encore plus important dans les années à venir. Pour eux, les conditions techniques sont réunies pour faire grandir l'HAD dans le système de santé. Ils évoquent même des idées d'améliorations afin de faciliter certaines tâches administratives comme simplifier la facturation.

4. Les médecins ont une appréhension sur le développement

a. Les limites de l'HAD

Les médecins perçoivent des **limites** au développement de l'HAD. Ils s'interrogent sur les **moyens humains** des établissements d'HAD pour faire face à une augmentation des hospitalisations à domicile, ainsi que sur la réactivité parfois moindre des équipes, comparativement à une hospitalisation conventionnelle. Ils estiment que l'hospitalisation à domicile ne peut remplacer l'hôpital et doit rester dans un cadre d'indication précis afin de ne pas être mis en difficulté.

En effet, dans certaines situations, le domicile n'est pas un **environnement** optimal pour la prise en charge du patient et peut placer le médecin traitant ou la famille du patient dans des situations délicates. Le médecin peut se retrouver en difficulté devant des situations d'urgences et **être vulnérable** aux yeux du patient et des proches. Son statut de sachant peut être mis à défaut.

D'un autre côté, la famille du patient est également en première ligne et peut se retrouver démunie face à la souffrance ou la mort. L'HAD ne peut donc pas convenir à tout environnement.

Les médecins notifient également des **contraintes administratives et logistiques** avec une paperasse et des soins chronophages dans un emploi du temps déjà surchargé. L'augmentation de l'Hospitalisation à domicile va à contre-courant de la médecine cabinet-centrée qui est préférée aujourd'hui. Le pourcentage de visites à domicile ayant diminué de 70% en 35 ans. **(10)**

b. Être méfiant

Les médecins sont méfiant vis-à-vis des motivations sous-jacentes au développement de l'HAD. Ils redoutent une **discordance de motivation** entre eux et les instances de santé et que la volonté économique prime sur la qualité de prise en charge et le bien-être du patient. En effet le coût d'une journée d'HAD est quatre fois inférieur à celui d'une journée en hôpital conventionnel. **(28)**

Les médecins généralistes sont méfiant vis-à-vis du flou qu'entoure le **rôle du médecin traitant** dans la prise en charge des patients en HAD. En effet il peut différer selon les HAD et il n'existe pas de définition précise du rôle. Certaines HAD laissent le médecin traitant prendre en charge le patient dans sa totalité, quand d'autres vont être le principal interlocuteur et prescripteur pour le patient, reléguant le médecin traitant dans un rôle d'acteur secondaire voire de simple observateur. Cette notion était déjà partagée avant la crise sanitaire dans l'étude VIAVOICE de 2017 où les médecins souhaitaient avoir des informations sur leur rôle. **(17)** Ils déploraient la problématique de la prise de décision en lien avec les multiples intervenants médicaux. **(18)** Depuis il semble qu'il n'y ait pas eu de précisions apportées.

Ce manque de clarté entraîne une appréhension quant à l'impact du développement sur le **statut du médecin généraliste**. Certaines HAD reléguant le médecin généraliste à un rôle secondaire, voire exclu de la prise de décision, peut entraîner un sentiment de **perte de statut**.

De plus certains médecins expriment également la crainte de **perdre leur indépendance** en étant parfois contraints de prendre en charge des patients en HAD sans avoir donné leur accord au préalable.

c. Ne pas être considéré

Les médecins ne se sentent **pas considérés** et regrettent un **manque d'informations** concernant le développement de l'HAD, en particulier les assouplissements réglementaires comme la possibilité d'initier une HAD sans accord du médecin traitant.

De plus, ils ressentent le poids des décisions politiques antérieures, qu'ils considèrent responsables de la dégradation du système de santé, telles que les incitations à la cessation d'activité dans les années 1990 **(31)** ou les fermetures de lits dans les années 2010. **(12)**

Ce sentiment alimente un climat d'hostilité entre les acteurs de terrain, à savoir les médecins généralistes et les instances de santé. Les médecins ont le sentiment de ne **pas être écoutés**, renforçant ainsi leur méfiance envers le développement de l'hospitalisation à domicile et ses principales motivations.

III. Les forces et limites

A. Les forces

L'approche qualitative inspirée de la théorisation ancrée développée par Glaser et Strauss permet d'explorer des phénomènes sociaux dans une population identifiée. Le travail de l'investigateur par le biais d'entretiens semi-dirigés permet de recueillir la représentation d'un phénomène. Il s'agissait donc de la méthode la plus adaptée pour analyser et comprendre le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France sur développement de l'hospitalisation à domicile depuis la crise sanitaire.

L'échantillonnage théorique à partir de la population identifiée a permis de créer des hypothèses et de les vérifier sur le principe de l'itération. Le guide d'entretien a donc évolué au fur et à mesure afin d'approfondir ces hypothèses.

Au début nous avons orienté majoritairement notre guide d'entretien sur les modifications pratiques ressenties par les médecins sur le développement de l'HAD en lien avec la crise sanitaire (Annexe 2) Alors que le guide final se dirigeait vers la perception du statut du médecin généraliste dans la prise en charge des patients depuis le développement de l'HAD. (Annexe 3)

Les entretiens se sont déroulés en individuel sans personne extérieure et dans un environnement calme.

Afin d'éviter un biais de sélection nous avons varié le profil des participants avec des médecins ayant des âges, patientèles et activités différentes venant de plusieurs départements de la région des Hauts-de-France.

Une triangulation par deux investigateurs externes à l'étude a été réalisée et le codage s'est avéré cohérent. La saturation de données a été atteinte au 8^{ème} entretien et deux nouveaux entretiens ont permis de la confirmer.

L'ensemble de la méthode a été réalisé selon la grille COREQ (Annexe 4)

B. Les limites

Ce travail de thèse est la première expérience en recherche qualitative pour l'investigateur. La maîtrise de la recherche qualitative nécessite de l'expérience et il est possible que les entretiens aient été trop dirigés. De plus, il existe un biais d'interprétation propre à la recherche qualitative étant donné que l'analyse des données est soumise à l'interprétation subjective de l'investigateur.

Lors de l'échantillonnage, bien qu'il ait été théorique, 4 participants sur les 10 qui compose l'échantillon étaient connus de l'investigateur. Cela a pu engendrer un biais de sélection.

L'activité de l'HAD est inégale sur le territoire ce qui peut influencer sur la perception du développement de l'HAD entre les différents participants. L'échantillonnage étant sur une dizaine de participants, un biais de représentativité peut exister en considérant certains éléments recueillis comme représentatif de la population générale.

Le recueil de données a été réalisé lors d'une période de négociation entre les syndicats de médecins généralistes et les instances de santé, il se peut que la situation au moment de l'entretien ait pu influencer les représentations de certains médecins.

La triangulation des données a été réalisée sur 5 des 10 entretiens.

La tenue du journal de bord n'a pas été régulière.

IV. Les perspectives

Nous avons constaté que les médecins généralistes sont favorables au développement de l'HAD. Comment pourrions-nous accentuer son expansion sans nuire à la pratique des médecins généralistes ? Et jusqu'où envisagent-ils et accepteraient-ils que l'HAD se développe ? Il serait intéressant de prendre en compte l'avis des médecins généralistes dans la mise en œuvre des politiques de santé en faveur de ce développement afin de favoriser le bien être du patient ainsi que celui du médecin généraliste dans sa pratique. Cela nécessite davantage de considération et une meilleure communication des instances de santé afin d'impliquer davantage les médecins généralistes dans les décisions.

Nous avons également vu que les médecins regrettent le manque de directives claires concernant leur rôle et le fonctionnement des HAD. Il serait intéressant de mettre en place une politique définie à ce sujet en clarifiant le rôle des médecins généralistes dans le suivi de leurs patients par rapport au médecin coordonnateur et en uniformisant les fonctionnements des HAD sur tout le territoire. De plus une rencontre entre les différents acteurs en amont des prises en charge pourrait être utile afin d'améliorer les relations et la communication.

Ce manque de clarté entraîne une appréhension quant à l'impact du développement de l'HAD sur le statut du médecin généraliste. En effet certaines situations relèguent le médecin généraliste à un rôle secondaire, voire exclu de la prise de décision notamment depuis l'assouplissement réglementaire pris pendant la crise sanitaire qui permet d'initier une HAD sans avoir l'accord du médecin traitant.

Ce sentiment de perte de statut va à l'encontre du rôle pivot du médecin généraliste. En tant que pierre angulaire du système de soins, il a un rôle dans la prévention, le diagnostic, le traitement ainsi que la coordination de soins de ses patients. Il collabore étroitement avec les hôpitaux et assure ainsi la transition entre la médecine de ville et l'environnement hospitalier. Cette articulation ville-hôpital est primordiale pour garantir une continuité des soins, une coordination efficace et une prise en charge globale du patient à chaque étape de son parcours de soins. L'HAD

est a mis chemin entre la ville et l'hôpital, le médecin généraliste semble être le protagoniste à privilégier pour la coordination de soins dans ces situations.

Comparativement, nous avons vu que certains médecins s'inquiètent de l'implication qu'ils auront dans le développement de l'HAD, craignant devenir « une main d'œuvre pour pallier les difficultés de l'hôpital ». La feuille de route 2021-2026, conjointement menée par les instances de santé et la FNEHAD, comporte une mention qui vise à favoriser le recours renforcé aux HAD, en période de tension hospitalière lors d'épisodes épidémiques annuels ou exceptionnels notamment par l'intégration de cette dimension dans les plans « Hôpital en tension » des établissements. (27) Comment intégrer cette mention dans la pratique des médecins généralistes, sans les pénaliser, alors qu'ils font déjà face à des difficultés de prise en charge de leurs patients ? Des éclaircissements sur la mise en place de cette mention seraient nécessaires.

Nous avons recueilli le ressenti des médecins généralistes sur le développement de l'HAD depuis la crise sanitaire mais il serait intéressant de recueillir la perception des patients de ce phénomène dans leur rapport aux soins.

CONCLUSION

Les médecins généralistes observent une évolution significative dans le développement de l'hospitalisation à domicile. Cette augmentation, largement associée à la crise sanitaire et aux modifications réglementaires qui en découlent, met en lumière une volonté de transition vers un nouveau modèle dans le système de soins mené conjointement par les instances de santé et la FNEHAD.

Son accessibilité et sa démocratisation constituent des facteurs clés dans cette évolution, rendant cette option plus familière et reconnue tant pour les professionnels de santé que pour les patients. Ce développement s'inscrit également dans une volonté de répondre à une demande sociétale en faveur d'une prise en charge plus humaine, particulièrement mise en lumière par les déséquilibres et les défaillances observés au sein du système hospitalier ces dernières années.

Cependant, malgré cette compréhension et cette adhésion apparente, les médecins généralistes expriment des préoccupations et des réserves significatives. Ils soulignent notamment les limites pratiques et logistiques de l'HAD, ainsi que le manque de clarté quant à leur rôle de médecin traitant.

De plus, ils expriment une certaine appréhension envers les motivations sous-jacentes au développement de l'HAD, redoutant que des considérations économiques ne prennent le pas sur la qualité des soins et le respect du rôle des médecins généralistes. De même, le sentiment de ne pas être suffisamment informés ni impliqués dans le processus de développement de l'HAD alimente un climat de méfiance et d'hostilité entre les médecins généralistes et les instances de santé.

Cette conclusion met en avant l'importance d'une prise en compte attentive des avis et des préoccupations des médecins généralistes dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Cela est essentiel pour garantir un développement

harmonieux de l'HAD et pour préserver la qualité des soins ainsi que le bien-être des patients. Il est nécessaire d'établir des directives claires concernant le rôle du médecin traitant et de renforcer la communication afin d'améliorer la collaboration entre les différents acteurs de la santé pour poursuivre le développement de l'HAD.

L'HAD s'affirme aujourd'hui comme un outil essentiel du système de soins français en proposant une alternative à la fois efficace et économique aux soins hospitaliers conventionnels. La réforme de juin 2023, marque une avancée importante dans sa stratégie de développement avec sa reconnaissance en activité de soins à part entière et sa restructuration qui offriront de nouvelles ouvertures.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) - APHP DAJDP. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dgosr42013398-du-4-decembre-2013-relative-au-positionnement-et-au-developpement-de-lhospitalisation-a-domicile-had/>
2. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 - Légifrance. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>
3. Elika Athari, Sylvain Papon, Isabelle Robert-Bobée. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers – France, portrait social | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>
4. Bayrou F. Gouvernement.fr. 2023. Vieillissement de la société française : réalité et conséquences. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/vieillissement-de-la-societe-francaise-realite-et-consequences>
5. INSEE. Projection de population à l'horizon 2070 - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE. 2021. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/20_DEM/21_POP/21F_figure6
6. Céline Marc, Jean-Cyprien Héam, Myriam Mikou, et Mickaël Portela. Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>
7. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;67. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
8. INSEE. Évolution et structure de la population - Territoires - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE. 2023. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/territoires/20_DEM/21_POP
9. INSEE. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 | Insee. 2023. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016
10. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02505145>

11. DREES. Enquête Urgences 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2023. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
12. La documentation Française. Hôpitaux et cliniques : les chiffres clés de l'année 2019. 2021. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/281507-hopitaux-et-cliniques-les-chiffres-cles-de-lannee-2019>
13. Bénédicte Boisguérin, Aurélie Delaporte, Thomas Vacher. Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/entre-fin-2019-et-fin-2020-la-capacite-daccueil-hospitaliere>
14. Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique. 92-1101 oct 2, 1992.
15. Béatrice Frécon, Lauralee Debreuil, Aroua Hadfi, Guenièvre Moine, Anastasia Strizyk, Laure Boissérie-Lacroix. Publication du Rapport d'activité 2019/2020. FNEHAD. 2020. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/2020/11/17/publication-du-rapport-dactivite-2019-2020/>
16. Inspection générale des affaires sociales. Rapport 2017 - Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. 2017. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/etuderapport/rapport-2017-les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie-domicile>
17. FNEHAD.-Perceptions-liées-à-IHAD.-Présentation-Viavoice-EMBARGO-06-12-1.pdf. [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/12/FNEHAD.-Perceptions-li%C3%A9es-%C3%A0-IHAD.-Pr%C3%A9sentation-Viavoice-EMBARGO-06-12-1.pdf>
18. Leung I, Casalino E, Pateron D, Gâteau G, Garandau E, de Stampa M. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. Santé Publique. 2016;28(4):499-504. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-4-page-499.htm>
19. ARS Occitanie - Campagne de mobilisation de l'HAD, 2020. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_annexe_6_mobilisation_de_l_had.pdf
20. ATIH, Analyse de l'activité hospitalière en 2020 - HAD, 09/2021. [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_had.pdf
21. FNEHAD, Rapport d'activité 2020-2021. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2021/11/FNEHAD_RA20_web_pl.pdf

22. ATIH. Analyse statistique de l'activité hospitalière par région en 2020. 2021. Disponible sur: <https://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-regionale>
23. Arrêté du 1er avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance. 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041776842>
24. A D, A D. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 5 avr 2024]. Hospitalisation à domicile : Olivier Véran lance la première feuille de route stratégique nationale pour soutenir son développement. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/hospitalisation-a-domicile-olivier-veran-lance-la-premiere-feuille-de-route>
25. Olivier Veran, rencontre avec le Dr Isabelle Hubert, présidente de la FNEHAD. FNEHAD. 2020. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/2021/02/03/interview-olivier-veran-lentretien-est-en-ligne/>
26. ADOPHAD - Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD. Disponible sur: <https://adophad.has-sante.fr/>
27. FNEHAD, Feuille de route 2021-2026 - Décembre 2021. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01.pdf>
28. FNEHAD - Rapport d'activité 2021-2022. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2023/01/FNEHAD_RA21-22_web_pl.pdf
29. FNEHA, Reforme des autorisations en hospitalisation à domicile - Février 2022. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2022/03/FNEHAD_Kit-Reforme-autorisations_web_p.pdf
30. Fondation Adrea - Etude 2016, fin de vie. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: https://sfap.org/system/files/etude2016_findevie_fondationadrea.pdf
31. TITRE IV : DROIT DES MEDECINS A UNE CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE. (Articles 5 à 11) - Légifrance. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/JORFTEXT000000509071/LEGISCTA000006106224/?anchor=LEGIARTI000006275579

ANNEXES

Annexe 1 : Déclaration RGDP



RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPD) : Jean-Luc TESSIER
 Responsable administrative : Yasmine GUÉMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

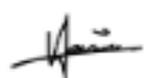
Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAP: 8542Z TÉL. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Institué : Ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France sur le développement de l'hospitalisation à domicile depuis la crise sanitaire
Référence Registre DPO : 2023-210
Responsable scientifique : M. Emmanuel GARET Interlocuteur : M. Paul WAHLEN

Fait à Lille,
Le 21 décembre 2023

Jean-Luc TESSIER
Délégué à la Protection des Données



 Direction Données personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

Annexe 2 : Demande d'entretien

Bonjour, je suis Paul WAHLEN, étudiant(e) en DES de Médecine générale à la faculté de Lille.

*Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je souhaite recueillir lors un entretien semi dirigé le **ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France sur le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) depuis la crise sanitaire.***

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'expérience et le ressenti des médecins généralistes sur le développement de l'HAD depuis la crise sanitaire de 2020.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste installé depuis plus de 5 ans dans les hauts-de-France.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-210 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous.

Date et lieu :

Signature :

Annexe 3 : Guide d'entretien initial

Guide d'entretien initial

1. Introduction
 - Je me présente et présente l'objectif de l'étude.
 - Demande de consentement pour enregistrer l'entretien.
 - Présentation du participant (Genre, âge, département, installation, activité, patientèle)
 - Je recontextualise mon sujet d'étude.
2. Question brise-glace
 - Pouvez-vous me décrire votre dernière prise en charge d'un patient en HAD ?
3. Impact de la crise sanitaire
 - Pouvez-vous me décrire comment votre pratique a été affectée par la surtension hospitalière pendant la crise sanitaire de 2020 ?
4. Hospitalisation à domicile et crise sanitaire
 - Quelle a été la place de l'HAD dans votre activité durant cette période ?
 - Comment la crise sanitaire a-t-elle impacté votre approche de l'HAD ?
 - Connaissez-vous les mesures en faveur de l'HAD mise en place pendant la crise sanitaire ? Comment les avez-vous vécus ?
 - Que pensez-vous du fait qu'il n'y ait plus besoin de l'accord du MT pour initier l'HAD ?

Entre 2019 et 2020, on a observé une augmentation de 19,8% du nombre de patients pris en charge en HAD au niveau national et depuis l'évolution reste croissante,

- Quel est votre ressenti de cette augmentation ?
 - Pouvez-vous me décrire l'impact de ce développement de l'hospitalisation à domicile sur votre pratique quotidienne aujourd'hui/depuis 3 ans ?
 - Quelles sont les différences avec l'HAD d'avant la crise sanitaire ?
 - Quels sont les avantages que vous avez rencontrés ?
 - Quels sont les contraintes que vous avez rencontrées ?
 - Connaissez-vous ADOP-HAD ?
 - Vos patients connaissent-ils l'HAD ? Avez-vous des demandes ?
5. Projection
 - Quel regard portez-vous sur la volonté de développer l'HAD ?
 6. Conclusion
 - Y-a-t-il quelque chose que nous n'avons pas abordé et que vous souhaitez partager ?

Annexe 4 : Guide d'entretien final

GUIDE ENTRETIEN FINAL

1. Introduction
 - Je me présente et présente l'objectif de l'étude.
 - Demande de consentement pour enregistrer l'entretien.
 - Présentation du participant (Genre, âge, département, installation, activité, patientèle)
 - Je recontextualise mon sujet d'étude.
2. Question brise-glace
 - Pouvez-vous me décrire votre dernière prise en charge d'un patient en HAD ?
3. Hospitalisation à domicile et crise sanitaire

Entre 2019 et 2020, on a observé une augmentation de 19,8% du nombre de patients pris en charge en HAD au niveau national et depuis l'évolution reste croissante.

- Quel est votre ressenti de cette augmentation ?
 - Comment la crise sanitaire a-t-elle impacté votre approche de l'HAD ?
 - Connaissez-vous les mesures en faveur de l'HAD mise en place pendant la crise sanitaire ? Comment les avez-vous vécus ?
 - Que pensez-vous du fait qu'il n'y ait plus besoin de l'accord du MT pour initier l'HAD ?
4. Représentation de l'HAD
 - Qu'est-ce que l'HAD représente pour vous ? Comment voyez-vous l'HAD aujourd'hui ?
 - A quels besoins de société l'HAD répond-elle pour vous ?
 - Vos patients connaissent-ils l'HAD ? Avez-vous des demandes ?
 5. Statut du médecin généraliste
 - Quelles perceptions avez-vous de votre rôle en tant que MT ?
 - Comment vous placez vous dans la volonté de développer l'HAD ?
 - Vous sentez vous incité par les instances de santé à avoir recours à l'HAD ?
 6. Perceptions et projection
 - Quel regard portez-vous sur la volonté de développer l'HAD ?
 - Avez-vous de l'appréhension pour l'avenir concernant l'HAD ?
 - Quels sont les limites de l'HAD ?
 - Comment pourrait-on améliorer l'HAD ? Quels besoins percevez-vous pour améliorer votre pratique liée à l'HAD ?
 7. Conclusion
 - Y-a-t-il quelque chose que nous n'avons pas abordé et que vous souhaitez partager ?

Annexe 5 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description	Réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Paul WAHLEN
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	DES Médecine générale / année de thèse
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Masculin
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour 4 participants sur 10.
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Médecin remplaçant en année de thèse
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Médecin remplaçant en année de thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, analyse de contenu	Méthode inspirée de la théorisation ancrée
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Echantillonnage théorique
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Téléphone, mail, oral
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2 par manque de temps
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Au cabinet du participants ou par visioconférence
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Les participants sont des médecins généralistes des Hauts-de-France installé depuis au moins 5 ans.

Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien créé par l'investigateur à partir des recherches documentaires réalisées, il n'a pas été testé au préalable
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Audio
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui, pour noter les communications non verbales
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Les entretiens ont durés entre 22min à 44min pour une durée moyenne de 29,45 minutes.
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	La saturation des données a été atteinte au 8ème entretien et confirmée par deux autres entretiens.
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	3 au total, l'investigateur et une triangulation a été faite par 2 autres chercheurs pour 5 des 10 entretiens.
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui en annexe
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo 14
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

AUTEUR : Nom : Wahlen

Prénom : Paul

Date de Soutenance : 17/05/2024

Titre de la Thèse : Ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France sur le développement de l'hospitalisation à domicile depuis la crise sanitaire.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, Hospitalisation à domicile, Crise sanitaire,

Contexte : L'hospitalisation à domicile s'inscrit progressivement dans le système de santé français depuis plusieurs années. En 2020, elle a pris un tournant important dans son développement en jouant un rôle central dans la gestion des tensions hospitalières pendant la crise sanitaire. Cette période a été marquée par une augmentation notable de 20 % des patients pris en charge, résultant de campagnes de mobilisation et d'assouplissements réglementaires. Fort de cette expérience, les autorités sanitaires ont exprimé leur volonté de favoriser l'expansion de ce système de soins avec une feuille de route stratégique ayant pour horizon 2026. L'objectif de cette thèse est de recueillir l'expérience et les perspectives des médecins généralistes sur le développement de l'hospitalisation à domicile depuis la crise sanitaire.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Entretiens semi-dirigés individuels menés avec 10 médecins généralistes des Hauts-de-France recrutés par échantillonnage théorique. Logiciel NVIVO14.

Résultats : Les médecins perçoivent un changement dans le développement de l'HAD avec une augmentation des prises en charge, un accès facilité et une démocratisation fortement impactée par la crise sanitaire. Ils comprennent ce développement par la nécessité de répondre à une demande sociétale et de résoudre un besoin qui rentre dans l'air du temps. Les médecins sont favorables à ce développement car ils sont convaincus des bénéfices et sont à l'aise avec l'HAD. Cependant ils éprouvent néanmoins de l'appréhension sur son développement, percevant des limites dans son expansion et craignant la modification de leur statut. Ils sont méfiant sur les motivations économiques du développement.

Conclusion

L'hospitalisation à domicile s'affirme aujourd'hui comme un outil essentiel du système de santé français, offrant une alternative à la fois efficace et économique aux soins hospitaliers conventionnels. La crise sanitaire a joué un rôle déterminant dans son expansion, et bien que les médecins généralistes soutiennent son développement, ils aspirent à être des acteurs déterminants dans les décisions politiques et leur application pratique. La réforme de juin 2023 représente une avancée significative dans la stratégie de développement avec une reconnaissance en tant qu'activité de soins à part entière et une restructuration ouvrant ainsi de nouvelles perspectives.

Composition du Jury :

Président : Pr Florence Richard

Assesseurs : Dr Ludovic Willems

Directeur de thèse : Dr Emmanuel Garet