



HAL
open science

Perception et recours à l'Hospitalisation à Domicile par les médecins de Guadeloupe

Céline Gledel

► **To cite this version:**

Céline Gledel. Perception et recours à l'Hospitalisation à Domicile par les médecins de Guadeloupe. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02949501

HAL Id: dumas-02949501

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02949501>

Submitted on 25 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



FACULTE DE MEDECINE

HYACINTHE BASTARAUD

N° : 2019ANTI0416

Perception et recours à l'Hospitalisation à Domicile par les médecins de Guadeloupe

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD et examinée par les enseignants de ladite Faculté

Le 25 octobre 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

GLEDEL Céline

Directeur de Thèse : Docteur CODINA Cédric

Examineurs de la thèse :

Madame Jeannie HELENE-PELAGEProfesseur, Présidente
Monsieur André-Pierre UZEL Professeur, Juge
Madame Moana GELU-SIMEONMaitre de Conférences, Juge
Monsieur Cédric CODINADocteur, Directeur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAU

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 21 01
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 73 27 27

André CABIE

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option
virologie**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

**Bactériologie & Vénérologie
Hygiène hospitalière**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 96 55 24 24

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Michel CARLES

Anesthésie-Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 38 05 20

VENISSAC Nicolas

Chirurgie Thoracique

Et cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 03 86 87

DJOSSOU Félix

Maladies Infectieuses

Et tropicales

CH de CAYENNE

Tél : 0694 20 84 20

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Tel : 06 94 97 80 48

Karim FARID

Médecine Nucléaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME

Epidémiologie Economie de la Santé

CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 00

TABUE TEGUO Maturin

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
Du vieillissement**
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0690 30 85 04

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck

Médecine Générale
Tél : 0596 56 13 23

CARRERE Philippe

Médecine Générale
Tél : 0690 99 99 11

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte

Endocrinologie
CHU DE GUADELOUPE

CHAUMONT Hugo	Tel : 05 90 Neurologie CHU de GUADELOUPE Tel : 06 90
BUTORI Pauline	ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 0590 89 14 50
BONIFAY Timothée	Médecin Générale CHU de Cayenne Croix rouge Tel : 06 90 99 99 11
DURTETTE Charlotte	Médecine Interne CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 55
RENARD Guillaume	Chirurgie Orthopédique CHU de MARTINIQUE Tel : 06 96 26 27 33
CHEVALLIER Ludivine	Chirurgie Générale et VIS CH de CAYENNE Tel : 06 70 86 88 91
SYLVESTRE Emmanuelle	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE Tel : 06 20 60 31 36
POUY Sébastien	Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel : 06 66 44 56 15
HUYGHUES DES ETAGES Gunther	ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 0590
HENNO Florent	Anesthésiologie/Réanimation CHU de GUADELOUPE Tel : 06 37 85 15 28
PASQUIER Jérémie	Maladies Infectieuses maladies Tropicales CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 93 46 16
MONFORT Astrid	Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72

PERROT Emmanuel

Urologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90

JEREMIE Jean-Marc

Psychiatrie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

TRAMIER Ambre

Gynécologie Obstétrique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0590 89 19 89

SAINTE-ROSE Vincent

Parasitologie
CH de Cayenne
Tel : 05 90

ROLLE Amélie

Anesthésie-Réanimation
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90

CARPIN Jamila

Médecine Générale
Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane
Tel : 0690 72 12 04

PLACIDE Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0690 30 75 19

NIEMETZKY Florence

Médecine Générale
CH de CAYENNE
Tel : 0694 16 15 31

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

PARSEMAIN Aurélie

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0694 08 74 46

DUDOUIT Sylvain

Chirurgie Orthopédique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0596

Remerciements

À la Présidente du jury,

Madame le Professeur Jeannie HELENE-PELAGE,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury et de juger mon travail. Merci pour votre implication dans le Département de Médecine Générale aux Antilles-Guyane, et merci de consacrer une grande partie de votre temps aux étudiants et à leurs projets.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur André-Pierre UZEL,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Madame le Docteur Moana GELU-SIMEON,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie également pour les compétences aussi bien médicales qu'humaines que vous m'avez transmises lors de mon premier semestre d'internat. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Cédric CODINA,

Merci pour ton aide, merci de ta bonne humeur et merci de m'avoir fait confiance pour ce projet. Ce fut un véritable plaisir de travailler à tes côtés à l'HAD de Choisy et j'espère qu'on aura l'occasion de travailler à nouveau ensemble.

A mes parents

Merci pour votre soutien inconditionnel depuis la première année. Merci d'avoir su m'accompagner, d'avoir été là dans les bons moments comme dans les plus difficiles, sans vous je n'y serais jamais arrivée.

A Thomas, Guillaume et Marion

Merci pour vos encouragements, merci de m'avoir supporté et de m'avoir fait rire quand j'étais fatiguée et stressée (faux, archifaux, je ne suis pas pénible avant un concours) !

A Elodie

Je suis tellement pressée de devenir ta belle-sœur !

A Sabine

Merci d'être une amie aussi précieuse, merci pour ton soutien et pour ces moments de décompression indispensables. Quand tu veux on retourne boire des cocktails au Rayon vert !

A Anaïs

Merci pour ton aide en Martinique, merci pour d'avoir fait du sport en Guadeloupe avec Sandrine et moi, merci d'avoir partagé des super déjeuners au Kontiki...

A Papy et Claudine

Merci pour vos encouragements et merci d'être venus à l'aventure en Martinique, on ne traverse pas un océan tous les jours !

A Natacha et Florian

Merci pour les moments fort sympathiques partagés en Martinique.

A Cédric

Merci de m'avoir permis d'oublier cette thèse quelques jours en juillet...

A Valérie et Elise

Merci d'avoir été des coloc' inoubliables et d'être maintenant des amies formidables !

A Greta et Fanny

Mes co-internes préférées, merci d'avoir partagé mes accès de folies et promis dès que la thèse est terminée je m'attaque à la fabrication de ma lessive écologique.

A Eleonore, Romain et Sophie

Merci pour toutes ces années passées à la fac de Rouen, on se revoit bientôt en Normandie.

A Séverine et Frédéric

Merci pour votre accueil et votre bonne humeur à l'HAD, merci pour votre aide pour le mémoire et l'EPP. Merci Séverine pour ta joie de vivre et les fous rires partagés dans la voiture de l'HAD.

Aux Dr Cuche et Dr Gergaud

Merci pour votre gentillesse et merci de m'avoir redonné goût à la médecine quand j'en ai eu besoin.

A l'HAD de Choisy et au Centre de référence de la Drépanocytose

Merci pour votre accueil chaleureux et votre bienveillance qui m'ont permis de prendre mon autonomie de docteur en douceur

A toutes mes belles rencontres au cours de ces études et à tous ceux qui ont fait le déplacement pour me soutenir aujourd'hui

A Marlin

Ta présence est une joie au quotidien et une source sans fin de discussions à l'HAD.

Abstract

Introduction

Patients increasingly want to be treated at home and the government wants to develop Hospital at home (HH).

Objective

We aim at determining knowledge of practitioners in Guadeloupe about this new form of hospitalization and the reservations, which could reduce HH use.

Methods

A transversal study was conducted in Guadeloupe from the 1st of June 2019 and the 7th of July 2019 on general practitioners, hospital practitioners and medicine students, except physicians who had already worked in a service of HH. Data was collected anonymously. The following were explored: HH use, knowledge on HH, positive and negative reservations of physicians, the benefits of HH. We have looked for a link between the number of negative concerns and the level of knowledge or the lack of HH's use. We have studied possible differences between the three groups of physicians regarding the knowledge, negative perceptions and the benefits of HH.

Results

Out of 843 physicians surveyed, 99 were included. 79.8% of the physicians had already asked for an HH. The level of knowledge was insufficient with an average < 75% of correct answers and no difference between the groups. The main positive reservations were the respect for the patient's wish to stay at home, improvement of their quality of life and the presence of nurses who have been prepared for the management of difficult situations. The

main concerns were the risk of family being exhausted, the very different management according to HH services and the fact that the patient was sometimes kept at home, which was sometimes inappropriate. The physicians with less knowledge, had a more reservations ($p = 0.041$) but there was no link between the number of negative perceptions and the lack of request ($p = 0.19$). General practitioners had more concerns than other physicians ($p = 0.035$) and they considered that the benefit of HH was lower ($p = 0.011$).

Conclusion

Our study showed the interest of informing physicians in order to develop the use of HH in Guadeloupe and to decrease the reluctances.

Keywords

Hospital at home, Guadeloupe, physicians, reluctances, use

Résumé

Introduction

Les patients souhaitent de plus en plus être soignés à leur domicile et les pouvoirs publics veulent développer l'Hospitalisation à Domicile (HAD).

Objectif

Le but de ce travail est de déterminer les connaissances des médecins de Guadeloupe au sujet de ce nouveau mode d'hospitalisation ainsi que les motifs d'insatisfactions qui pourraient représenter des freins au recours à l'HAD.

Méthodes

Etude transversale sur les médecins généralistes, les médecins hospitaliers et les internes de Guadeloupe entre le 1^{er} juin 2019 et le 07 juillet 2019. Sont exclus du recueil les médecins ayant déjà travaillé dans un service d'HAD. Les données étaient recueillies par des questionnaires anonymes. Etaient explorés : l'expérience en terme de recours à l'HAD, les connaissances sur ce dispositif, les attentes et les réserves des médecins, le bénéfice apporté par l'HAD. Nous avons recherché un lien entre le nombre de réserves et le niveau de connaissances ou l'absence de recours. Nous avons étudié d'éventuelles différences entre les trois groupes de médecins concernant les connaissances, les réserves et le bénéfice apporté par l'HAD.

Résultats

Sur 843 médecins interrogés, 99 ont été inclus. 79.8% des médecins avaient déjà fait une demande d'HAD. Le niveau de connaissance restait insuffisant avec une moyenne < 75% de bonnes réponses, sans différence entre les groupes. Les principales attentes des médecins étaient le respect de la volonté du patient de rester à domicile, l'amélioration de sa qualité de vie et la présence de soignants sensibilisés aux prises en charge difficiles. Les principales

réerves étaient le risque d'épuisement de l'entourage, les prises en charge très différentes selon les HAD et le maintien du patient dans son domicile parfois inadapté. Les médecins ayant moins de connaissances sur l'Hospitalisation à domicile avaient plus de réserves ($p = 0.041$) sur ce mode prise en charge. En revanche, il n'y avait pas de lien entre le nombre de réserves et l'absence de demande d'HAD ($p = 0.19$). Les médecins généralistes avaient significativement plus de réserves que les autres médecins ($p = 0.035$) et ils considéraient que le bénéfice apporté par l'HAD pour les médecins était moindre ($p = 0.011$).

Conclusion

Notre étude a montré l'intérêt d'informer les médecins pour développer le recours à l'HAD en Guadeloupe et diminuer les freins exprimés.

Mots clés

Hospitalisation à Domicile, Guadeloupe, médecins, recours, réserves

Sommaire

Abstract	11
Résumé	13
Liste des abréviations	16
Introduction	17
Matériels et méthodes	20
Population	20
Recueil des données	20
Données étudiées	21
Ethique et réglementation	22
Analyse statistique	22
Résultats	24
Recours à l'Hospitalisation à Domicile	25
Refus par le médecin généraliste d'une admission en HAD	25
Connaissances concernant les potentiels prescripteurs	26
Attentes des médecins vis-à-vis de l'HAD	29
Réserves des médecins vis-à-vis de l'HAD	32
Bénéfice apporté par l'HAD	34
Analyse bivariée	35
Discussion	39
Conclusion	46
Bibliographie	47
Annexe	49
Index des tableaux, des figures et des annexes	50

Liste des abréviations

CHBT : Centre Hospitalier de Basse Terre

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile

HAD : Hospitalisation à Domicile

IDE : Infirmiers diplômés d'Etat

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

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PCA : Analgésie Contrôlée par le Patient

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VAC: Vacuum Assisted Closure

VAD : Visite à Domicile

Introduction

En France, l'Hospitalisation à Domicile (HAD) est définie au sein de plusieurs circulaires. Elle concerne des patients qui seraient hospitalisés dans un établissement de santé « traditionnel » en absence d'HAD [1]. Les soins dispensés se différencient alors de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes [2]. Il peut s'agir de soins ponctuels comme une chimiothérapie, ou de soins continus comme des soins palliatifs, ou de soins de réadaptation au domicile [3]. En revanche, les malades relevant simplement de soins à l'acte non coordonnés ou de soins infirmiers à domicile ne sont pas admissibles en HAD [1].

Elle peut être prescrite par un médecin hospitalier, un médecin généraliste ou un médecin coordonnateur d'un EHPAD [4].

Deux acteurs principaux organisent l'HAD : le médecin traitant et le médecin coordonnateur d'HAD. Le médecin traitant est le « pivot » de l'organisation de l'HAD qui ne peut se faire sans son accord [2]. Il assure le suivi médical et la surveillance des soins en réalisant des visites à domicile (VAD). Il peut demander à mettre fin à l'HAD quand il juge qu'elle n'est plus nécessaire. Le rôle du médecin coordonnateur est de décider de l'admissibilité d'un patient en HAD après avoir étudié son dossier. Il élabore le protocole de soins et décide de la sortie en collaboration avec le médecin traitant. Il coordonne la prise en charge entre les différents intervenants (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, médecins spécialistes...) et s'occupe de communiquer les informations nécessaires à chacun. Il peut être amené à prescrire si le médecin traitant n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient [5].

Il existe vingt-deux modes de prise en charge principaux qui définissent les indications de l'HAD [7, annexe 1]. A l'échelle nationale, les deux plus fréquents sont les pansements complexes et les soins palliatifs (respectivement 28% et 27% du total des journées d'HAD en

France en 2017) [7]. L'HAD présente plusieurs avantages par rapport à l'hospitalisation traditionnelle. Le premier reste le désengorgement des hôpitaux comme le voulait le Dr Bluestone à sa création à New York en 1945 [8]. Elle permet de raccourcir voire d'éviter certaines hospitalisations dans des établissements hospitaliers [9]. Elle est aussi plus économique : selon une étude de l'IRDES de 2007, pour des soins superposables, le coût de fonctionnement de l'HAD est 40% moins élevé qu'en services de soins et de réadaptation [10]. En 2016, l'HAD représente 0.5% des dépenses de l'assurance maladie et 1% de la dépense courante hospitalière [11]. Elle présente un certain confort pour les soignants travaillant au domicile : matériel plus facilement disponible, travail en équipe, compétences spécialisées du médecin coordonnateur [9]... Elle est particulièrement sollicitée par les patients : 68% des français souhaitent mourir chez eux [12] et 81% seraient favorables à bénéficier chez eux de soins et d'un suivi identiques à celui de l'hôpital [13].

C'est pourquoi l'HAD s'est considérablement développée ces dernières années : augmentation de 160% des patients pris en charge et de 185% des journées réalisées entre 2005 et 2013 [6]. Mais l'objectif du Ministère de la santé qui était de passer la part d'HAD de 0.6% du nombre de séjours réalisés en hospitalisation avec hébergement en 2013 à 1.2% en 2018 n'a pas été atteint. Toutefois, on note que l'HAD est davantage développée en Guadeloupe que dans le reste de la France : on compte 1100 patients hospitalisés en HAD contre 47200 patients hospitalisés en MCO en 2017 en Guadeloupe [14] alors qu'il n'y a eu que 116000 patients en HAD sur les 12.7 millions de patients hospitalisés en France en 2017 [7].

Bien que l'on puisse supposer que c'est le nombre inférieur de structures d'hospitalisation d'aval (en comparaison avec la France métropolitaine) qui explique ce recours plus important à l'HAD dans notre département, il n'existe pas à ce jour d'étude permettant d'expliquer cette particularité.

En revanche, ce recours prononcé pour l'HAD sur notre île n'empêche pas ses acteurs d'être régulièrement confrontés à des freins à sa mise en place, ainsi qu'à une troublante méconnaissance de ce dispositif. Il est donc intéressant d'essayer de comprendre pourquoi ce mode d'hospitalisation, si développé en Guadeloupe, suscite parfois des craintes pour sa mise en place et de voir quels sont les motifs d'insatisfactions des autres acteurs de santé (notamment le médecin traitant) qui y sont donc plus souvent impliqués que leurs homologues métropolitains.

L'objectif de cette thèse est d'étudier la perception et les connaissances concernant l'HAD par les médecins hospitaliers, les médecins généralistes et les internes de Guadeloupe. Nous rechercherons si leurs connaissances et leurs perceptions ont un impact sur le recours à l'HAD.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale et descriptive consacrée à l'analyse de la perception et du recours à l'HAD par les médecins de Guadeloupe.

Population

Nous avons inclus dans la population étudiée les médecins généralistes, les médecins hospitaliers et les internes exerçant en Guadeloupe au moment du recueil. Nous avons décidé d'exclure les médecins ayant déjà travaillé au sein d'un service d'HAD pour limiter le biais de classement.

Les médecins concernés par le recueil ont reçu un mail leur proposant de répondre au questionnaire et leur précisant qu'ils pouvaient demander à recevoir le questionnaire par courrier s'ils le souhaitaient.

Nous avons comptabilisé environ 843 médecins répondant aux critères d'inclusion mais nous n'avons pas pu déterminer avant de commencer le recueil combien serait concerné par le critère d'exclusion. Sans tenir compte du critère d'exclusion, nous avons calculé qu'environ 471 réponses étaient nécessaires pour pouvoir extrapoler nos résultats.

Recueil des données

Le recueil des données s'est effectué de manière prospective entre le 1^{er} juin 2019 et le 07 juillet 2019.

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire comme support pour pouvoir interroger un panel de médecins important. Nous avons privilégié les questions fermées pour faciliter l'analyse et l'interprétation des résultats.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Guadeloupe ne pouvait pas nous délivrer directement la liste des médecins généralistes exerçant en libéral dans le

département. Nous avons donc transmis le questionnaire sous forme d'un Google document à l'URPS de Guadeloupe qui l'a renvoyé par mail aux médecins généralistes. Le questionnaire leur a été envoyé trois fois avec un intervalle de dix jours puis sept jours en leur précisant de ne pas y répondre s'ils y avaient déjà répondu.

Nous avons rencontré ou contacté par téléphone des membres de la direction de plusieurs établissements hospitaliers pour qu'ils envoient le questionnaire par mail aux médecins travaillant dans leur structure. Les centres ayant accepté de participer sont : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pointe à Pitre, le Centre Hospitalier de Basse Terre (CHBT), la Polyclinique, la Clinique de Choisy, la Clinique des Eaux Claires, la Clinique de l'Espérance et la Clinique des Nouvelles Eaux Vives. Les médecins travaillant dans ces centres ont reçu une relance à quinze jours.

Les internes ont été contactés via l'association du Bureau des Internes des Caraïbes et notamment par le biais des différents groupes Facebook utilisés par les internes du département pour communiquer. Nous nous sommes également déplacés dans plusieurs services du CHU pour distribuer des questionnaires sous forme papier aux médecins hospitaliers et aux internes.

Données étudiées

Nous avons défini les variables à recueillir après avoir fait une revue de la littérature existant sur le thème de l'HAD, en particulier sur les connaissances, les attentes et les freins des médecins. Nous avons également discuté avec des internes ayant effectué un stage dans un service de ce type pour définir les idées reçues qu'ils avaient avant de l'intégrer.

Nous avons divisé le questionnaire en six parties. La première était consacrée à définir le profil des médecins répondants. La deuxième partie s'intéressait aux recours à l'HAD par les médecins. Puis nous avons étudié les connaissances générales sur l'HAD : quels médecins peuvent la prescrire, quels patients peuvent en bénéficier, quels soins peut-on proposer, comment fonctionne un service d'HAD et quel est le rôle du médecin coordonnateur.

Ensuite, nous avons recherché les attentes et les réserves des médecins concernant le patient, l'organisation des soins et le rôle du médecin traitant. Enfin, nous leur avons demandé de noter entre un et cinq les bénéfices apportés par l'HAD pour le patient, son entourage, la société et les médecins. Nous avons ajouté une question pour les médecins généralistes afin de savoir s'ils réalisaient ou non des visites à domicile (VAD) et une partie pour savoir s'ils avaient déjà refusé l'admission d'un de leur patient en HAD et pourquoi.

Ethique et réglementation

La participation à l'étude était libre et anonyme. Un texte introduisant le questionnaire expliquait l'objectif de l'étude et permettait d'obtenir le consentement éclairé des participants. Le fichier de données constitué pour la recherche a été déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés qui l'a approuvé.

Analyse statistique

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du site BiostaTGV [15]. Les caractéristiques de la population ont été décrites en effectifs et pourcentages pour les variables catégorielles, ainsi qu'en médiane et intervalle interquartile pour les variables continues, aucune de ces dernières n'étant de distribution normale.

Nous avons utilisé des pourcentages pour décrire :

- les personnes ayant déjà fait une demande d'HAD et l'acceptation ou non de ces demandes,
- les réponses à chaque question concernant les connaissances,
- les attentes et les réserves des médecins.

La moyenne, la médiane et l'intervalle interquartile nous ont servi à interpréter les notes attribuées à chaque bénéfice apporté par l'HAD.

Nous avons choisi de définir les médecins ayant de bonnes connaissances sur ce mode d'hospitalisation, s'ils ont obtenu un taux de bonnes réponses supérieur ou égal à 75% à la

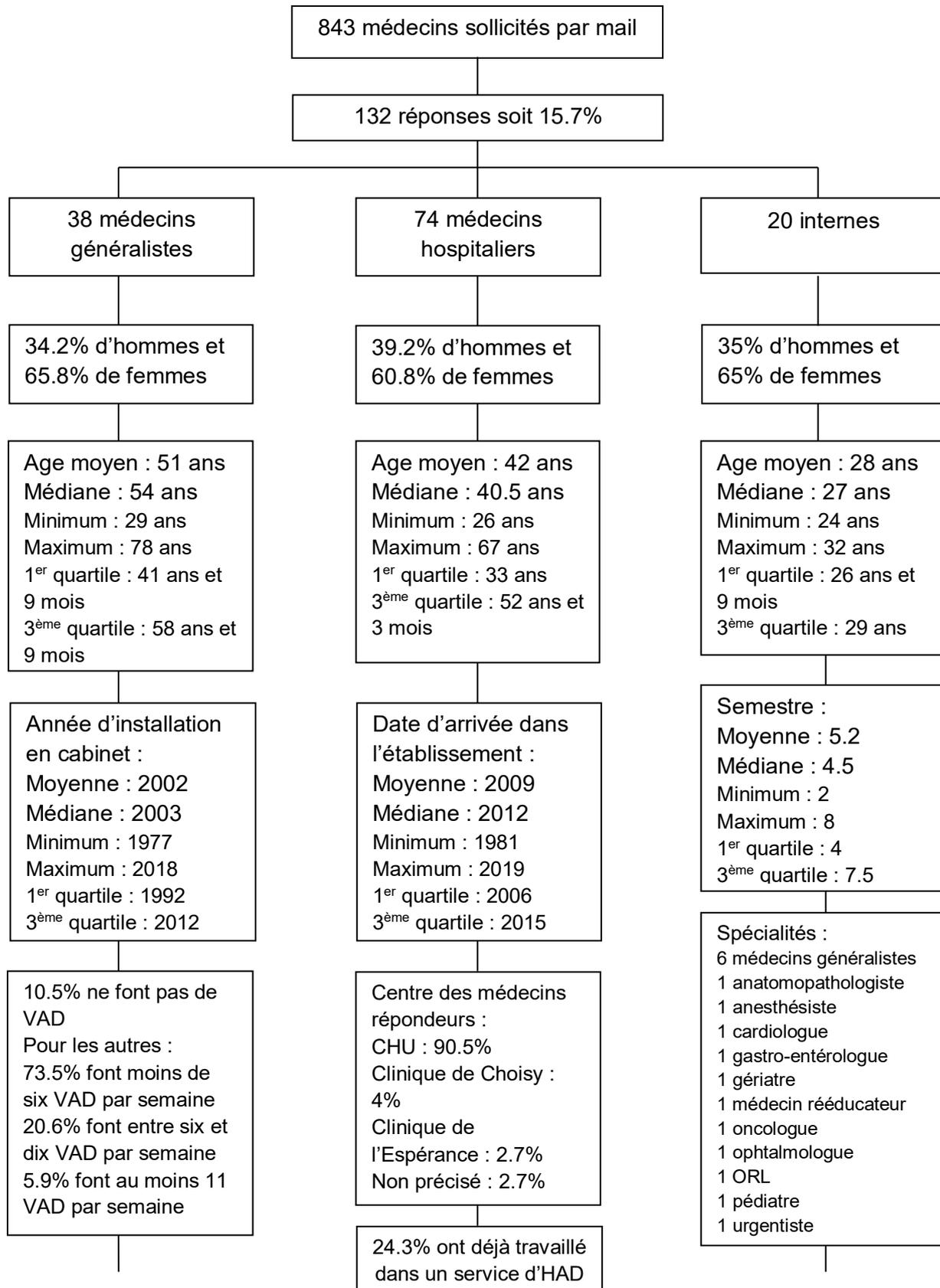
partie « évaluation des connaissances ». Ce critère a été choisi en lien avec la revue de littérature effectuée. Pour des raisons d'ordre semblable, nous avons choisi de définir qu'un médecin avait beaucoup de réserves s'il avait répondu « oui » à au moins six propositions sur les vingt suggérées.

Le test de Kruskal-Wallis a permis de rechercher des différences entre les trois groupes (médecins généralistes, médecins hospitaliers et internes) concernant les connaissances, les réserves et le bénéfice apporté par l'HAD.

En analyse bivariée, nous avons utilisé le test de Chi² ou le test de Fisher selon les effectifs disponibles. Nous avons recherché un lien entre le fait de mal connaître l'HAD et de voir ses demandes refusées ou d'avoir de nombreuses réserves. Nous avons étudié si un nombre de réserves important pouvait entraîner une absence de recours. Enfin, pour les médecins généralistes, nous nous sommes intéressés à un possible rapport entre l'absence de visites à domicile (VAD) et l'absence de recours, ainsi qu'au fait d'avoir de nombreuses réserves et de refuser une HAD. Pour terminer, nous avons recherché une différence entre les trois groupes de médecins concernant le recours à l'HAD.

Le seuil de significativité des tests était fixé à 5%.

Résultats



26.3% ont déjà travaillé dans un service d'HAD

Le critère d'exclusion, nous avons donc

25% ont déjà travaillé dans un service d'HAD

Figure 1 : Diagramme de flux exposant les caractéristiques de la population

Recours à l'HAD

79.8% des médecins de l'étude ont déjà fait une demande d'HAD. Les demandes sont :

- toujours acceptées pour 43% des médecins
- souvent acceptées pour 48.1%
- parfois acceptées pour 6.3%
- jamais acceptées pour 2.5%.

Parmi les médecins ayant déjà fait une démarche d'admission en HAD, on dénombre 24 médecins généralistes, 44 médecins hospitaliers et 11 internes. Il n'y a pas de différence significative concernant l'acceptation des demandes parmi ces trois groupes ($p = 0.57$).

Refus par le médecin généraliste d'une admission en HAD

89.3% des médecins généralistes ont déjà suivi un patient hospitalisé à son domicile. 32.1% des médecins généralistes ont déjà refusé une HAD pour un de leur patient.

Les raisons évoquées par ceux qui ont déjà refusé sont :

- le refus de la part des soignants libéraux pour 33.3%
- l'absence d'indication à l'HAD pour 33.3%
- l'isolement géographique pour 22.2%
- une mauvaise expérience personnelle de l'HAD pour 22.2%.

Parmi les commentaires libres laissés à ce sujet, on note :

- « le patient ne relevait pas de l'HAD, rupture de l'HAD pour mauvaise prise en charge du patient et absence de coordination »
- « le personnel de l'HAD accepte difficilement les ordres du médecin de ville »
- « les patients sont trop lourds »
- « les IDE libérales font mieux dans certains cas ».

Connaissances concernant les potentiels prescripteurs

Les médecins pouvant prescrire une HAD sont les médecins généralistes, les médecins hospitaliers et les médecins coordonnateurs d'un EHPAD. Nous avons ajouté parmi ces propositions le médecin coordonnateur d'une HAD.

Les participants ont répondu que :

- le médecin généraliste pouvait la prescrire à 96%
- le médecin hospitalier pouvait la prescrire à 97%
- le médecin coordonnateur d'un EHPAD pouvait la prescrire à 53.3%
- le médecin coordonnateur d'une HAD à 30.3%.

Tableau 1 : Connaissances générales sur l'HAD

Dans ce tableau de retranscription des résultats, nous avons décidé de faire figurer les bonnes réponses en gras.

Questions	n	%
Une HAD intervient dans le secteur où vous travaillez		
Vrai	31	31.3%
Faux	63	63.6%
Ne sait pas 5	5	5%
<i><u>A propos des patients</u></i>		
L'HAD peut prendre en charge des enfants		
Vrai	78	78.8%
Faux	4	4%
Ne sait pas	17	17.2%
L'HAD est un recours de choix pour les patients hospitalisés pour un motif psychiatrique		
Vrai	11	11.1%
Faux	51	51.5%
Ne sait pas	37	37.4%
L'HAD est réservée aux patients en soins palliatifs		
Vrai	5	5.1%
Faux	94	94.9%
Ne sait pas 0	0	0%
L'HAD peut assurer le suivi de grossesses normales et du post-partum non pathologique		
Vrai	24	24.2%
Faux	34	34.3%
Ne sait pas	41	41.4%

Questions	n	%
L'HAD peut intervenir dans un EHPAD		
Vrai	50	50.5%
Faux	13	13.1%
Ne sait pas	34	34.3%
<i>A propos des soins</i>		
L'HAD permet le suivi de patients ayant une nutrition sur gastrostomie ou jéjunostomie		
Vrai	97	98%
Faux 1	1	1%
Ne sait pas 1	1	1%
Les patients ayant une trachéotomie ne peuvent pas être hospitalisés en HAD		
Vrai	12	12.1%
Faux 80	80	80.8%
Ne sait pas	7	7.1%
La thérapie à pression négative (ex: VAC thérapie) est réalisable en HAD		
Vrai	81	81.8%
Faux4	4	4%
Ne sait pas	14	14.1%
Un patient peut être hospitalisé en HAD pour réaliser des dialyses		
Vrai	37	37.4%
Faux	35	35.3%
Ne sait pas	27	27.3%
L'HAD peut intervenir chez un patient uniquement pour des soins de nursing lourds		
Vrai41	41	41.4%
Faux	52	52.5%
Ne sait pas 5	5	5.1%
L'HAD peut intervenir pour des soins ponctuels comme une perfusion ou une chimiothérapie		
Vrai	74	74.7%
Faux	15	15.2%
Ne sait pas	10	10.1%
On peut organiser de la rééducation en HAD		
Vrai	76	76.8%
Faux 5	5	5.1%
Ne sait pas17	17	17.1%
On peut utiliser des pompes PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient) en HAD		
Vrai	88	88.9%
Faux 3	3	3%
Ne sait pas 8	8	8.1%

Questions	n	%
<i>A propos du fonctionnement de l'HAD</i>		
Les patients vivant seuls ne peuvent pas être hospitalisés en HAD		
Vrai	43	43.4%
Faux	44	44.4%
Ne sait pas	12	12.1%
L'HAD ne peut pas intervenir chez des patients qui habitent à plus de 30 minutes d'un hôpital		
Vrai	2	2%
Faux	77	77.8%
Ne sait pas	19	19.2%
L'accord du médecin traitant est obligatoire pour organiser une HAD		
Vrai	45	45.4%
Faux	46	46.5%
Ne sait pas	8	8.1%
L'HAD ne peut se faire qu'après une hospitalisation traditionnelle		
Vrai	4	4%
Faux	84	84.8%
Ne sait pas	10	10.1%
L'HAD ne peut pas durer plus de 3 mois		
Vrai	6	6%
Faux	75	75.8%
Ne sait pas	17	17.2%
C'est le patient ou son entourage qui doit aller chercher en pharmacie les traitements prescrits pendant la durée de son HAD		
Vrai	4	4%
Faux	81	81.8%
Ne sait pas	14	14.1%
L'HAD permet l'accès en ville aux traitements de la réserve hospitalière		
Vrai	75	75.8%
Faux	10	10%
Ne sait pas	14	14.2%
L'HAD permet des passages quotidiens de soignants plus fréquents		
Vrai	82	82.8%
Faux	12	12.1%
Ne sait pas	5	5.1%
Les HAD ont l'obligation de mettre en place une continuité des soins avec au minimum des astreintes d'IDE 24h/24		
Vrai	82	82.8%
Faux	2	2%
Ne sait pas	15	15.2%

Questions	n	%
<i>A propos du médecin coordonnateur</i>		
La présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire dans une HAD		
Vrai	97	97%
Faux	0	0%
Ne sait pas	2	2%
La présence d'un médecin assurant le suivi est obligatoire chez les prestataires de santé		
Vrai	31	31.3%
Faux	45	45.5%
Ne sait pas	23	23.2%
Le médecin coordonnateur peut prescrire des traitements aux patients en HAD		
Vrai	85	85.8%
Faux	9	9.1%
Ne sait pas	5	5.1%
Le médecin coordonnateur de l'HAD n'a pas le droit de faire des visites à domicile		
Vrai	4	4%
Faux	82	82.8%
Ne sait pas	13	13.1%
Les prestataires de santé proposent des prises en charge similaires à l'HAD		
Vrai	17	17.2%
Faux	64	64.6%
Ne sait pas	18	18.2%

Attentes des médecins vis-à-vis de l'HAD

Tableau 2 : Attentes des médecins

Questions	n	%
<i>Pour le patient</i>		
Respect du désir du patient de rester au domicile		
Oui	99	100%
Non	0	0%
Ne sait pas	0	0%
Amélioration de la qualité de vie du patient (milieu familial rassurant)		
Oui	99	100%
Non	0	0%
Ne sait pas	0	0%

Questions	n	%
Implication de la famille dans la prise en charge		
Oui	82	82.8%
Non	13	13.1%
Ne sait pas	3	3%
Pour que le patient puisse continuer à s'occuper de ses enfants		
Oui	72	72.7%
Non	17	17.2%
Ne sait pas	10	10.1%
Eviter la désociabilisation du patient		
Oui	88	88.9%
Non	8	8.1%
Ne sait pas	3	3%
<i>Pour l'organisation des soins</i>		
Faciliter la coordination des intervenants		
Oui	96	97%
Non	2	2%
Ne sait pas	0	0%
Réalisation des démarches sociales		
Oui	71	71.7%
Non	21	21.2%
Ne sait pas	6	6.1%
Suivi psychologique pour le patient et son entourage		
Oui	90	90.9%
Non	6	6.1%
Ne sait pas	3	3%
Faciliter la communication entre la ville et l'hôpital		
Oui	97	98%
Non	1	1%
Ne sait pas	0	0%
Collaboration et partage de connaissances avec le médecin coordonnateur		
Oui	93	93.9%
Non	4	4%
Ne sait pas	2	2%
Des soignants sensibilisés aux prises en charge difficiles comme les soins palliatifs		
Oui	98	99%
Non	0	0%
Ne sait pas	1	1%
Accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers		
Oui	85	85.9%
Non	9	9.1%
Ne sait pas	5	5%

Questions		n%
Continuité des soins et astreinte téléphonique 24h/24		
Oui		96 97%
Non		2 2%
Ne sait pas		0 0%
<i>Pour le médecin généraliste</i>		
Sécuriser le retour à domicile		
Oui		95 96%
Non		1 1%
Ne sait pas		2 2%
Soulagement moral du médecin généraliste		
Oui		63 63.6%
Non	25 25.3%	
Ne sait pas		9 9.1%
Rupture de l'isolement du médecin généraliste		
Oui		80 80.8%
Non		12 12.1%
Ne sait pas		6 6.1%
Pouvoir poursuivre le suivi de patients complexes		
Oui		97 98%
Non		1 1%
Ne sait pas	1 1%	
Pouvoir gérer la fin de vie		
Oui	95 96%	
Non		1 1%
Ne sait pas	2 2%	
Aide pour les directives anticipées		
Oui		87 87.9%
Non		7 7.1%
Ne sait pas	3 3%	

Les autres attentes notifiées en commentaire sont :

- « un recours adapté aux urgences et au SAMU »
- « que les certificats de décès soient gérés par l'HAD, en particulier la nuit et le weekend »
- « plus de dialogue entre le médecin généraliste et les équipes d'IDE de l'HAD, difficultés à avoir des retours ».

Réserves des médecins vis-à-vis de l'HAD

Tableau 3 : Réserves des médecins

Questions	n	%
<i><u>Pour le patient</u></i>		
Transformation du domicile en hôpital		
Oui	31	31.3%
Non	62	62.6%
Ne sait pas	3	3%
Risque d'épuisement de l'entourage		
Oui	62	62.6%
Non	33	33.3%
Ne sait pas	4	4%
Intervenants trop nombreux		
Oui	25	25.3%
Non	69	69.7%
Ne sait pas	3	3%
Maintien du patient dans son domicile parfois isolé ou insalubre		
Oui	52	52.5%
Non	40	40.4%
Ne sait pas	4	4%
Prise en charge reposant trop sur le patient et son entourage		
Oui	27	27.3%
Non	69	69.7%
Ne sait pas	3	3%
<i><u>Pour l'organisation des soins</u></i>		
Difficultés de communication avec le médecin coordonnateur		
Oui	43	43.4%
Non	51	51.5%
Ne sait pas	4	4%
Difficultés de communication avec les soignants		
Oui	40	40.4%
Non	54	54.5%
Ne sait pas	4	4%
Prise en charge proposée très différente selon les HAD		
Oui	53	53.5%
Non	23	23.2%
Ne sait pas	23	23.2%
Complexité administrative		
Oui	33	33.3%
Non	55	55.6%
Ne sait pas	9	9.1%

Questions	n	%
Délai d'admission en HAD trop long		
Oui	28	28.3%
Non	57	57.6%
Ne sait pas	12	12.1%
Délai plus long pour obtenir du matériel avec l'HAD plutôt qu'en passant directement par les prestataires		
Oui	32	32.3%
Non	40	40.4%
Ne sait pas	26	26.3%
<i>Pour le médecin généraliste</i>		
Crainte de la gestion de l'urgence au domicile		
Oui	45	45.5%
Non	48	48.5%
Ne sait pas	5	5%
Perte du rôle décisionnel du médecin généraliste		
Oui 19	19.2%*	
		(* 32% pour le groupe des médecins généralistes)
Non	76	76.8%
Ne sait pas 3	3%	
Prise en charge pathologique trop spécifique ou trop complexe pour la ville		
Oui	33	33.3%
Non	60	60.6%
Ne sait pas	6	6.1%
Sensation de ne pas avoir la formation adaptée par rapport aux compétences techniques parfois requises pour les patients les plus complexes		
Oui	45	45.5%
Non	44	44.4%
Ne sait pas	9	9.1%
Difficultés pour la tenue du dossier médical		
Oui	39	39.4%
Non	51	51.5%
Ne sait pas	8	8.1%
Prise en charge trop chronophage		
Oui 46	46.5%**	
		(**71% pour le groupe des médecins généralistes)
Non	40	40.4%
Ne sait pas	12	12.1%
Rémunération insuffisante du médecin généraliste au regard du temps passé		
Oui	47	47.5%
Non	18	18.2%
Ne sait pas	32	32.3%

Questions	n	%
Difficulté à se faire rémunérer par les organismes d'HAD quand on est le médecin traitant		
Oui	32	32.3%
Non	22	22.2%
Ne sait pas	43	43.4%
Ambiguïté du rôle du médecin généraliste		
Oui	47	47.5%***
(***72% pour le groupe des médecins généralistes)		
Non	30	30.3%
Ne sait pas	21	21.2%

Les autres réserves notifiées en commentaire sont :

- « investissement très variable des médecins généralistes »
- « appels assez fréquents des soignants de l'HAD à la régulation SAMU pour superviser des prises en charge »
- « vie à domicile pas si simple, surtout si la famille est seule »
- « le médecin coordonnateur de l'HAD a un rôle administratif, ne se déplace pas le soir et les week-ends ».

Bénéfice apporté par l'HAD

Tableau 4 : Bénéfice noté entre 1 et 5 (5 signifiant que le bénéfice apporté est majeur)

Questions	n	%
<i>Pour le patient</i>		
Note de 1	0	0%
Note de 2	1	1%
Note de 3	13	13.1%
Note de 4	50	50.5%
Note de 5	35	35.4%
<i>Pour l'entourage du patient</i>		
Note de 1	0	0%
Note de 2	4	4.1%
Note de 3	32	32.7%
Note de 4	43	43.9%
Note de 5	19	19.3%

Questions	n	%
<i>Pour la société</i>		
Note de 1	0	0%
Note de 2	2	2%
Note de 3	13	13.3%
Note de 4	42	42.9%
Note de 5	41	41.8%
<i>Pour les médecins</i>		
Note de 1	2	2%
Note de 2	9	9.1%
Note de 3	18	18.2%
Note de 4	43	43.4%
Note de 5	27	27.3%

La note moyenne est de 4.2 pour les patients, 3.8 pour l'entourage, 4.2 pour la société et 3.8 pour les médecins. Pour les quatre bénéficiaires étudiés, la médiane est à 4.

Analyse bivariée

La partie « connaissance » comprenait 28 propositions. Les médecins généralistes ont obtenu une moyenne de 18.1 bonnes réponses avec un minimum à 10 et un maximum à 24 (médiane 18, 1^{er} quartile 16 et 3^{ème} quartile 20.25). Les médecins hospitaliers ont obtenu une moyenne de 18.7 bonnes réponses avec un minimum à 10 et un maximum à 24 (médiane 19, 1^{er} quartile 17 et 3^{ème} quartile 21). Les internes ont obtenu une moyenne de 20 bonnes réponses avec un minimum à 16 et un maximum à 24 (médiane 20, 1^{er} quartile 18.5 et 3^{ème} quartile 21). Nous n'avons pas retrouvé de lien entre le fait d'appartenir à l'un des trois groupes et le fait d'avoir un bon niveau de connaissances ($p = 0.22$).

La partie « réserves » comprenait 20 propositions. Les médecins généralistes avaient en moyenne 9.5 réserves avec un minimum à 2 et un maximum à 15 (médiane 10, 1^{er} quartile 6 et 3^{ème} quartile 13.25). Les médecins hospitaliers avaient en moyenne 7 réserves avec un

minimum à 4 et un maximum à 16 (médiane 6, 1^{er} quartile 4 et 3^{ème} quartile 9.25). Les internes avaient en moyenne 8.2 réserves avec un minimum à 3 et un maximum à 17 (médiane 8, 1^{er} quartile 5 et 3^{ème} quartile 10). Il existe un lien statistiquement significatif entre l'appartenance à l'un des trois groupes et le fait d'avoir de nombreuses réserves ($p = 0.035$). Les médecins généralistes ont donc statistiquement plus de réserves que les médecins hospitaliers et les internes. Pour affiner ce résultat, il est notamment à noter qu'il y avait proportionnellement plus de médecins généralistes qui constataient une perte de leur rôle décisionnel, regrettaient des prises en charge souvent trop chronophages et notaient une ambiguïté du rôle du médecin généraliste.

Nous avons recherché un lien statistique entre l'appartenance à l'un des trois groupes et l'évaluation du bénéfice apporté par l'HAD. Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative concernant le patient ($p = 0.26$), l'entourage ($p = 0.83$) et la société ($p = 0.25$). En revanche, nous avons mis en évidence une différence significative concernant le bénéfice apporté pour les médecins ($p = 0.011$). Les médecins généralistes considèrent que le bénéfice est moindre (moyenne à 3.4) par rapport aux médecins hospitaliers (moyenne 3.9) et aux internes (moyenne 4.4).

Nous avons tenté de trouver un lien entre le fait de voir ses demandes d'admission en HAD parfois refusées et le fait de ne pas avoir de bonnes connaissances concernant l'HAD. Pour cela, nous avons choisi de définir le niveau de bonnes connaissances à au moins 75% de bonnes réponses.

Tableau 5 : Lien entre le niveau de connaissances et l'acceptation des demandes

	Demandes d'admission toujours acceptées	Au moins une demande refusée
75% ou plus de bonnes réponses	14	14
Moins de 75% de bonnes réponses	19	31

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p = 0.35$) entre le niveau de connaissances et l'acceptation des demandes.

Nous avons étudié la présence d'un lien entre le fait d'avoir de nombreuses réserves concernant l'HAD et le niveau de connaissances. Nous avons défini que les médecins avaient de nombreuses réserves s'ils avaient répondu « oui » à au moins six des 20 propositions.

Tableau 6 : Lien entre le niveau de connaissances et les réserves concernant l'HAD

	6 réserves ou plus	5 réserves ou moins
75% ou plus de bonnes réponses	17	16
Moins de 75% de bonnes réponses	49	17

Il y a un lien statistiquement significatif ($p = 0.041$) entre le niveau de connaissances et le nombre de réserves.

Nous avons essayé de trouver un lien entre le fait d'avoir de nombreuses réserves concernant l'HAD et l'absence de demande d'admission.

Tableau 7 : Lien entre le nombre de réserves et les demandes d'admission

	6 réserves ou plus	5 réserves ou moins
A déjà fait une demande d'admission	50	29
N'a jamais fait de demande d'admission	16	4

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p = 0.19$) entre l'absence de demande d'admission et le fait d'avoir de nombreuses réserves.

Pour les médecins généralistes, nous avons recherché un lien entre l'absence de VAD et l'absence de demande d'admission en HAD.

Tableau 8 : Lien entre les VAD et les admissions en HAD

	N'a jamais fait de demande d'admission	A déjà fait une demande d'admission
Ne fait pas de VAD	1	2
Réalise des VAD	3	22

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p = 0.38$) entre l'absence de demande d'admission et l'absence de visite à domicile.

Enfin, nous avons supposé un lien entre le refus d'une HAD par le médecin généraliste et le fait d'avoir beaucoup de réserves.

Tableau 9 : Lien entre le refus d'une HAD et le nombre de réserves

	A déjà refusé une HAD	N'a jamais refusé une HAD
6 réserves ou plus	8	14
5 réserves ou moins	1	5

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p = 0.63$) entre le fait de refuser une HAD et le nombre de réserves.

Discussion

Notre étude montre que 79.8% des médecins ont déjà fait une demande d'admission en HAD ce qui est bien supérieur aux taux retrouvés dans d'autres thèses, qui est d'environ 35% [17, 18], mais ces thèses ne s'intéressent qu'aux médecins généralistes. Or l'HAD est prescrite à 70% par les médecins hospitaliers [6]. Nous nous permettons d'émettre l'hypothèse que ceci vient probablement confirmer que le recours à l'HAD est plus développé en Guadeloupe.

On note toutefois que seulement 31.3% des médecins interrogés savent qu'une HAD intervient dans leur secteur géographique alors que plusieurs structures couvrent l'ensemble du département. Paradoxalement, ce taux est très inférieur à celui qu'on peut retrouver dans d'autres départements : 100% à Vannes [19], 99% en Lorraine [8] et 90% à Grenoble [10]. On remarque que de nombreux médecins du CHU ne savent pas qu'une HAD est présente au sein de leur établissement. Il s'agit très probablement ici d'un axe fort de la méconnaissance du dispositif HAD par les médecins. En effet si seulement un tiers des médecins interrogés sont informés qu'une HAD exerce dans leur secteur, on peut difficilement envisager que les autres sollicitent régulièrement ces structures. Les demandes sont toujours ou souvent acceptées pour 91.1% des médecins de l'enquête ce qui est similaire à d'autres études [20].

32.1% des médecins généralistes ont déjà refusé une HAD et les principales raisons déclarées sont : le refus des soignants libéraux, l'absence d'indication à l'HAD, l'isolement géographique du patient, la mauvaise expérience personnelle de l'HAD, les problèmes de communication avec les soignants et le fait que les pathologies des patients soient trop lourdes. Ces motifs sont souvent invoqués comme étant des freins importants à l'HAD [17, 21].

Dans notre étude, les médecins habilités à prescrire une HAD sont mieux identifiés que dans une enquête menée par la FNEHAD en 2017 : 96% répondent « oui » pour le médecin généraliste contre 69% dans l'enquête de la FNEHAD, 97% pour le médecin hospitalier contre 85% et 53.3% pour le médecin coordonnateur d'un EHPAD contre 42%. En revanche, 30.3% des médecins de notre étude pensent que le médecin coordonnateur de l'HAD peut la prescrire ce qui n'est pas le cas.

Notre étude est une des premières à s'intéresser aux connaissances des médecins potentiellement prescripteurs d'une HAD. Nos résultats montrent que certaines idées reçues ont aujourd'hui disparu : l'HAD n'est pas réservée aux soins palliatifs pour 94.9% des médecins, une hospitalisation traditionnelle n'est pas un préalable obligatoire pour 84.8% contre 61% des médecins interrogés par la FNEHAD en 2017 [13]. Par ailleurs, certaines informations ne sont toujours pas connues des prescripteurs, ce qui peut restreindre le recours de ces derniers à l'HAD : seulement 41.4% savent qu'une HAD peut être organisée pour des soins de nursing lourds isolés, uniquement 44.4% que les patients vivant seuls peuvent bénéficier du dispositif et à peine 12.1% qu'il n'y a pas plus de passage au domicile de soignants avec une HAD. On peut supposer que la confusion vient du fait que les soignants de l'HAD sont souvent plus disponibles, peuvent rester plus longtemps au domicile et sont mobilisables en astreinte 24h/24. Pour développer le recours à l'HAD, il semble nécessaire d'informer les prescripteurs sur les soins réalisables en HAD : des soins ponctuels comme une chimiothérapie ou une antibiothérapie (74.7% de bonnes réponses), de la rééducation (76.8% de bonnes réponses), de la thérapie à pression négative (81.8% de bonnes réponses).

Il paraît également important de les informer sur le fonctionnement du dispositif : seuls 75.8% savent que l'HAD donne accès à la réserve hospitalière, 75.8% savent qu'une HAD peut durer plus de trois mois, 77.8% savent que le patient peut habiter à plus de 30 minutes de l'hôpital, 78.8% savent que les enfants peuvent être hospitalisés à leur domicile et à peine 50.5% pensent que l'HAD peut intervenir dans un EHPAD.

On note aussi que seulement 45.4% des médecins sont informés que l'accord du médecin traitant est obligatoire. Nous l'évoquerons plus loin, mais ceci renforce la sensation de flou qui semble exister autour du rôle et de la place du médecin traitant dans le dispositif.

Nous avons interrogé les médecins sur la différence de prise en charge entre les services d'HAD et les prestataires de santé. Nous notons qu'uniquement 45.5% des médecins sont conscients qu'il n'y a pas forcément de médecins assurant le suivi du patient avec les prestataires de santé. Mais 64.6% admettent que les prises en charge proposées par les prestataires de santé sont différentes de celles proposées en HAD. Il est à noter que ceci vient conforter le sentiment des acteurs de l'HAD qui expriment régulièrement une impression de confusion chez les médecins prescripteurs qui ne parviennent pas toujours à faire la distinction entre les soins fournis par l'hospitalisation à domicile et ceux administrés par un prestataire de santé.

Les attentes évoquées à plus de 90% par les médecins de notre étude sont : le respect du désir du patient de rester à son domicile et l'amélioration de sa qualité de vie, faciliter la coordination des intervenants, permettre le suivi psychologique du patient et de son entourage, faciliter la communication entre la ville et l'hôpital, collaborer et partager des connaissances avec le médecin coordonnateur, des soignants sensibilisés aux prises en charge difficiles comme les soins palliatifs, la présence d'une astreinte 24 heures sur 24, sécuriser le retour à domicile, pouvoir poursuivre le suivi de patients complexes et pouvoir gérer la fin de vie. A noter que l'aide pour les directives anticipées ainsi que l'accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers sont des attentes également fréquemment citées (respectivement 87.9% et 85.9%).

Les trois réserves pour le patient qui sont mises en avant sont le risque d'épuisement de l'entourage (62.6%), la prise en charge qui diffère beaucoup selon les services d'HAD (53.5%) et le maintien du patient dans son domicile parfois isolé ou insalubre (52.5%).

Concernant l'organisation, les médecins regrettent essentiellement les difficultés de communication fréquentes aussi bien avec le médecin coordonnateur (43.4%) qu'avec les soignants (40.4%). La levée de ces réserves semble donc également être un axe d'amélioration fort. Il peut en effet être frustrant et démotivant pour le médecin traitant de ne pas parvenir à obtenir les informations sur la prise en charge auprès des différents intervenants et notamment de ceux responsables de la coordination.

Les médecins décrivent également leurs appréhensions liées à ce type de prise en charge en ville : crainte de la gestion de l'urgence au domicile (45.5%), sensation de ne pas avoir la formation adaptée par rapport aux compétences techniques parfois requises (45.5%), prise en charge pathologique trop spécifique ou trop complexe pour la ville (33.3%)... Il est à noter que notre étude nous informe que sur l'échantillon interrogé, 80% des médecins généralistes font moins d'une visite à domicile par jour en moyenne. Concernant les réserves du médecin généraliste sur l'HAD, ces derniers ont davantage de réserves que les autres médecins. En affinant les résultats à ce sujet on se rend notamment compte qu'une incompréhension réside sur la place de ce dernier au sein de la prise en charge. En effet, les médecins généralistes estiment pour un tiers d'entre eux perdre le rôle décisionnel dans la prise en charge et pour plus de deux tiers d'entre eux avoir un rôle ambigu pour des prises en charge souvent très chronophages. A travers ces différents paramètres on comprend alors que des réticences peuvent émerger. Cependant quand on sait que le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge et a un rôle primordial dans le parcours du patient, on comprend là encore que la communication autour du patient et de la place de son médecin traitant est un axe de travail fort pour améliorer le recours à l'HAD.

Si on se réfère aux travaux déjà réalisés, on retrouve souvent ces mêmes attentes et ces mêmes réserves mises en avant. Les avantages évoqués le plus fréquemment sont le partage de connaissances avec le médecin coordonnateur [10, 22, 23] ainsi que le respect du désir des patients et l'amélioration de leur qualité de vie [10, 13, 21, 22, 23]. La coordination entre les différents intervenants et la continuité des soins assurée par l'HAD sont

également importantes pour de nombreux médecins généralistes sollicités pour des études similaires en France métropolitaine [8, 10, 18, 21]. Plus rarement, les médecins mentionnent l'aide aux directives anticipées [22], l'accès aux dispositifs hospitaliers [8, 10, 21], la prise en charge psychologique plus facile [10] et la possibilité de poursuivre des prises en charge complexes [8, 13, 17]. Dans d'autres thèses, les médecins évoquent les économies pour la Sécurité sociale comme avantage apporté par l'HAD [8].

Les freins les plus souvent évoqués dans les autres études sont effectivement les difficultés de communication [8, 17, 21], les difficultés liées aux pathologies complexes qui demandent parfois des compétences spécifiques [8, 17, 21, 22, 23, 24] et l'isolement du patient que peut entretenir l'HAD [8, 18, 22, 25]. L'aspect chronophage de la prise en charge [8, 10, 21, 23], le travail administratif important [18] et les problèmes de rémunération [13, 24] semblent également des réserves notables.

Dans notre étude, le bénéfice moyen apporté par l'HAD est jugé à 4.2/5 pour le patient et pour la société, et à 3.8/5 pour l'entourage et les médecins. Ces résultats sont plus élevés que ceux retrouvés dans une thèse sur l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes du Tarn de 2009 (moyenne à 3.56/5) [17] et dans une thèse sur les attentes des médecins généralistes de Grenoble de 2011 (moyenne à 7.1/10) [10] mais ces thèses ne s'intéressaient qu'à l'avis des médecins généralistes alors que nous prenons en compte l'avis des médecins hospitaliers et des internes dans notre étude.

En effet, nous avons mis en évidence une différence significative concernant le bénéfice apporté par l'HAD pour les médecins ($p = 0.011$). Les médecins généralistes considèrent que le bénéfice est moindre (moyenne à 3.4/5) par rapport aux médecins hospitaliers (moyenne à 3.9/5) et aux internes (moyenne à 4.4/5).

Notre enquête a montré que le nombre de réserves était statistiquement différent entre les trois groupes (médecins généralistes, médecins hospitaliers et internes). Les médecins généralistes ont plus de réserves que les autres, peut-être parce qu'ils sont au centre de la prise en charge en HAD et donc plus fréquemment confrontés aux difficultés que les médecins hospitaliers. Nous avons aussi mis en lumière le lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir de nombreuses réserves et un niveau de connaissances plus faible ($p = 0.041$). On peut alors supposer que les médecins qui connaissent moins ce système d'hospitalisation, n'ont pas les bonnes attentes vis-à-vis de l'HAD, et sont alors déçus par la prise en charge proposée. Il serait intéressant de voir si le nombre de réserve diminue après avoir informé les médecins des possibilités et des limites du dispositif.

Une des principales limites de notre étude est le faible taux de réponses (15.7%) mais qui est proche du taux retrouvé dans une thèse sur l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes de 2009 (17%) [17]. Il sera donc difficile d'extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins guadeloupéens mais cela donne un aperçu de leur point de vue.

Il existe un biais de sélection et un effet de mobilisation puisqu'on peut supposer que la majorité des médecins ayant répondu à l'étude sont ceux qui sont intéressés par le sujet. Nous avons préféré réaliser le questionnaire sous forme de questions fermées pour faciliter la participation et l'analyse des réponses mais cela entraîne un biais de formulation.

Malgré ces limites, il est possible d'envisager des perspectives pour améliorer le recours et les connaissances concernant l'HAD.

Il serait intéressant de proposer aux médecins généralistes une information sur les pathologies, le profil des patients, le matériel utilisé en HAD ainsi que l'organisation de ces structures. Il faudrait également les informer du rôle que les circulaires leur attribuent dans ce

type de prise en charge et envisager de l'affiner en fonction des spécificités de notre territoire (zones rurales, urbaines, sous dotées en médecins, parcours du patient hospitalisé, filières de soins...). On pourrait imaginer que ces formations soient réalisées avec les médecins coordonnateurs pour favoriser la communication entre les deux groupes. Dans d'autres études, les médecins généralistes proposent de réaliser des visites à domicile conjointes avec le médecin coordonnateur [22].

Les médecins de l'étude évoquent les différences de prise en charge entre les HAD comme étant un frein prépondérant. Peut-être que les médecins généralistes pourraient être sollicités en début de chaque prise en charge sur leurs attentes et leur volonté d'implication pour que l'HAD puisse s'adapter à leurs besoins. Enfin, il serait intéressant d'essayer de simplifier la charge administrative pour favoriser les admissions.

Concernant l'ensemble des médecins prescripteurs, il serait utile de donner des informations sur les différentes HAD existant en Guadeloupe et sur leur territoire géographique d'exercice. Nous pourrions créer des plaquettes d'information à destination des médecins. Il serait également pertinent d'informer sur les possibilités et les limites qu'offre l'HAD. De plus, la communication étant un frein important, nous pourrions organiser des rencontres entre les différents médecins pour encourager les échanges entre eux.

Pour finir, l'hospitalisation à domicile étant plébiscitée par les patients, des campagnes de sensibilisation du grand public sur le dispositif pourraient être organisées pour mieux renseigner sur les possibilités existantes.

Des problématiques restent cependant à résoudre, comme le risque d'épuisement de l'entourage et le problème des patients vivant dans un domicile isolé ou insalubre.

Conclusion

Bien que notre étude n'ait pas retrouvé de lien statistique entre le recours à l'HAD et la perception négative de celle-ci, nous avons pu constater que les médecins connaissant mal le dispositif ont davantage de réserves que les autres médecins.

Notre enquête a montré que certaines idées reçues ont désormais disparu mais des incertitudes persistent sur le fonctionnement, les soins pouvant être prodigués et les patients pouvant en profiter. Il semble nécessaire de mobiliser les acteurs de l'HAD autour de la communication avec les autres acteurs de la prise en charge et notamment le médecin traitant. En effet ce dernier est l'élément pivot de la prise en charge, mais notre étude révèle qu'il ne s'y attribue qu'un rôle ambigu et parfois dénué de tout pouvoir décisionnel.

Si les médecins ont exprimé de nombreuses attentes vis-à-vis de l'HAD, ils ont également énoncé plusieurs réserves dont deux importantes concernant le risque d'épuisement pour l'entourage et la potentielle insalubrité du domicile. Il serait intéressant d'étudier les mesures qui existent pour limiter ces deux phénomènes.

Bibliographie

1. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire relative à l'hospitalisation à domicile. 30 mai 2000;Circulaire n° DH/EO2/2000/295:7.
2. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. Circulaire DHOS/O3 n°2006-506 [Internet]. 2006 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>
3. Circulaire n°DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36720.pdf
4. Circulaire n°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf
5. Montmartin AF. Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/188857a5-6f82-4c67-8ff8-8299f46cb032>
6. ATIH. ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/>
7. Sauvage D. Hospitalisation à Domicile et médecins généralistes [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_SAUVAGE_DELPHEINE.pdf
8. FNEHAD. FNEHAD – Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile [Internet]. 2019 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/>
9. Crotet R, Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile: étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble: un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD: un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an. 2011;Médecine humaine et pathologie (dumas-00645047):175.
10. Mauro L. Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). Aubert JM. 2017;Les dossiers de la DREES(23):21.
11. Sentilhes-Monkam A. L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches. Sante Publique. 2006;Vol. 18(3):443-57.
12. FNEHAD.-Perceptions-liées-à-IHAD.-Présentation-Viavoice-EMBARGO-06-12-1.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. 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>
13. ATIH. Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
14. SROS_Volet_Hospitalier_Decembre_2012.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/sites/default/files/2017->

[01/SROS_Volet_Hospitalier_Decembre_2012.pdf](#)

15. Inserm. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/>
16. 2015TOU31014.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/771/1/2015TOU31014.pdf>
17. Paraponaris A., GuervilleMA, Cabut S., Obadia Y., Verger P. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile. BrocasAM. 17 février 2011;DREES(753):8.
18. Le Goff P. Etat des connaissances des médecins généralistes sur l'HAD du Pays de Vannes, motivations et freins à son recours en 2016. Rennes 1; 2016.
19. Derache C. Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/50786393-ac04-40eb-9350-32bc1954fc5b>
20. Cuny F. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile: étude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien. Nancy; 2018.
21. 2017TOU31170.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2065/1/2017TOU31170.pdf>
22. Maillard S. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en hospitalisation à domicile relevant de soins palliatifs dans le bassin de population tourangeau : étude qualitative : 171. [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017_Medecine_MaillardSandrine.pdf
23. Leung I., Casalino E., Pateron D., Gâteau G., Garandeanu E., De Stampa M. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile | Cairn.info. Santé Publique. 2016;28(4):499-504. [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-4-page-499.htm?try_download=1
24. Anatole-Touzet V. 19èmes journées nationales de l'hospitalisation à domicile. 2015;12. [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/12/2-1-Intervention-CHU-Journ%C3%A9e-nationale-de-la-FNEHAD-v2.pdf>

Annexe

Annexe 1 : Liste des modes de prise en charge principaux en HAD

MP01 : Assistance respiratoire

MP02 : Nutrition parentérale

MP03 : Traitement intraveineux

MP04 : Soins palliatifs

MP05 : Chimiothérapie anticancéreuse

MP06 : Nutrition entérale

MP07 : Prise en charge de la douleur

MP08 : Autres traitements

MP09 : Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

MP10 : Post traitement chirurgical

MP11 : Rééducation orthopédique

MP12 : Rééducation neurologique

MP13 : Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse

MP14 : Soins de nursing lourds

MP15 : Education du patient et/ou de son entourage

MP17 : Surveillance de radiothérapie

MP18 : Transfusion sanguine

MP19 : Surveillance de grossesse à risque

MP21 : Post-partum pathologique

MP22 : Prise en charge du nouveau-né à risque

MP24 : Surveillance d'aplasie

MP25 : Prise en charge psychologique ou sociale

MP29 : Sortie précoce de chirurgie

Index des tableaux, des figures et des annexes

<u>Figure 1</u> : Caractéristiques de la population	24
<u>Tableau 1</u> : Connaissances générales sur l'HAD	26
<u>Tableau 2</u> : Attentes des médecins	29
<u>Tableau 3</u> : Réserves des médecins	32
<u>Tableau 4</u> : Bénéfice noté entre 1 et 5	34
<u>Tableau 5</u> : Lien entre le niveau de connaissances et l'acceptation des demandes	36
<u>Tableau 6</u> : Lien entre le niveau de connaissances et les réserves concernant l'HAD	37
<u>Tableau 7</u> : Lien entre le nombre de réserves et les demandes d'admission	37
<u>Tableau 8</u> : Lien entre les VAD et les admissions en HAD	38
<u>Tableau 9</u> : Lien entre le refus d'une HAD et le nombre de réserves	38
<u>Annexe 1</u> : Liste des modes de prise en charge principaux en HAD	49

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

NOM ET PRÉNOM : GLEDEL Céline

SUJET DE LA THÈSE : Perception et recours à l'Hospitalisation à Domicile par les médecins de Guadeloupe

THÈSE : MÉDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNÉE : 2019

NUMÉRO D'IDENTIFICATION : 2019ANTI0416

MOTS CLEFS : Hospitalisation à Domicile, Guadeloupe, médecins, recours, réserves

Introduction : Les patients souhaitent de plus en plus être soignés à leur domicile et les pouvoirs publics veulent développer l'Hospitalisation à Domicile.

Objectif : Le but de ce travail est de déterminer les connaissances des médecins de Guadeloupe au sujet de ce nouveau mode d'hospitalisation ainsi que les motifs d'insatisfactions qui pourraient représenter des freins au recours à l'HAD.

Méthodes : Etude transversale sur les médecins généralistes, les médecins hospitaliers et les internes de Guadeloupe entre le 1^{er} juin 2019 et le 07 juillet 2019. Sont exclus du recueil les médecins ayant déjà travaillé dans un service d'HAD. Les données étaient recueillies par des questionnaires anonymes. Étaient explorés : l'expérience en terme de recours à l'HAD, les connaissances sur ce dispositif, les attentes et les réserves des médecins, le bénéfice apporté par l'HAD. Nous avons recherché un lien entre le nombre de réserves et le niveau de connaissances ou l'absence de recours. Nous avons étudié d'éventuelles différences entre les trois groupes de médecins concernant les connaissances, les réserves et le bénéfice apporté par l'HAD.

Résultats : Sur 843 médecins interrogés, 99 ont été inclus. 79.8% des médecins avaient déjà fait une demande d'HAD. Le niveau de connaissance restait insuffisant avec une moyenne < 75% de bonnes réponses, sans différence entre les groupes. Les principales attentes des médecins étaient le respect de la volonté du patient de rester à domicile, l'amélioration de sa qualité de vie et la présence de soignants sensibilisés aux prises en charge difficiles. Les principales réserves étaient le risque d'épuisement de l'entourage, les prises en charge très différentes selon les HAD et le maintien du patient dans son domicile parfois inadapté. Les médecins ayant moins de connaissances sur l'Hospitalisation à domicile avaient plus de réserves ($p = 0.041$) sur ce mode prise en charge. En revanche, il n'y avait pas de lien entre le nombre de réserves et l'absence de demande d'HAD ($p = 0.19$). Les médecins généralistes avaient significativement plus de réserves que les autres médecins ($p = 0.035$) et ils considéraient que le bénéfice apporté par l'HAD pour les médecins était moindre ($p = 0.011$).

Conclusions : Notre étude a montré l'intérêt d'informer les médecins pour développer le recours à l'HAD en Guadeloupe et diminuer les freins exprimés.

JURY :

Président : Pr HELENE-PELAGE

Juges : Pr UZEL

Dr GELU-SIMEON

Dr CODINA

Directeur : Docteur Cédric CODINA