



**HAL**  
open science

# Facteurs motivants et limitants à l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes de la Somme

Sarah Vasseur

## ► To cite this version:

Sarah Vasseur. Facteurs motivants et limitants à l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04741208

**HAL Id: dumas-04741208**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04741208v1>**

Submitted on 17 Oct 2024

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



Université de Picardie Jules Verne

Faculté de médecine d'Amiens

Thèse N° : 2024 – 112

Année : 2024

FACTEURS MOTIVANTS ET LIMITANTS A L'UTILISATION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE PAR LES  
MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME

Présentée et soutenue publiquement

Le 26 septembre 2024

Par Mme VASSEUR Sarah

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur BLOCH Frédéric  
JUGES : Madame la Professeure SELLIER-PETITPREZ Amélie  
Monsieur le Docteur DELEHAYE André  
DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur LORRIAUX Philippe



A mon maître et Président du Jury

Monsieur le Professeur BLOCH Frédéric

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du service de Gériatrie

Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour avoir accepté de présider ma soutenance.

Votre engagement ainsi que votre disponibilité sont grandement appréciés.

Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ce travail et pour votre contribution à l'évaluation de cette recherche.



A mon maître et juge

Madame la Professeure Amélie SELLIER-PETITPREZ

Professeure Associée

Directrice du département de médecine générale

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse.

J'ai la chance de vous avoir eu comme première maître de stage, votre sympathie et votre rigueur sont une véritable source d'inspiration pour nous tous.

J'ai hâte de voir l'évolution de notre département sous votre direction.



A mon maître et juge,

Monsieur le Docteur André DELEHAYE

Médecin généraliste à Ressons-sur-matz

Mon cher ami, tu me fais l'honneur de juger ce travail de thèse en en faisant ton dernier travail universitaire pour clôturer ta si belle et longue carrière.

Merci d'apporter tes connaissances et ton expérience avec la pertinence que t'apporte tes 30 ans de carrière dans le libéral.

Tu as ma profonde et sincère admiration.





A mon maître et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Philippe Lorriaux

Médecin généraliste à Tours-En-Vimeux

Médecin coordonnateur de l'hospitalisation à domicile d'Abbeville

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse

Merci de m'avoir fait découvrir cette belle institution qu'est l'HAD, à vos côtés j'ai pu acquérir de nouvelles connaissances et découvrir un nouvel aspect de la pratique.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon travail malgré votre emploi du temps déjà bien rempli.

On se reverra peut-être sur les pistes...



## Remerciements

*A ma famille*, vous quitter à mes 25 ans pour déménager à Amiens fut une épreuve plus difficile que je ne l'avais prévu, merci de m'avoir soutenu et fait confiance toutes ces années, vous avez toujours été des modèles de réussite (oui même toi Clément...) et une source d'inspiration à mes yeux, tout ce que je fais, je le fais pour vous rendre fiers, je vous aime.

*A Yannis*, je pourrais mettre ton nom sur la couverture, tu m'as tellement aidé et épaulé tout au long de cette aventure, sans toi jamais je n'y serais arrivé, malgré ton hyperactivité et ton envie permanente de bouger, tu rends mon quotidien d'une douceur et d'une sérénité inégalée, quelle belle idée de faire durer ça pour la vie.

*A mes plus vieux amis*, Manon, Nawel et Jason, le fameux groupe de 3 à 4, le temps passe mais la magie est toujours là, on a grandi côte à côte, chaque moment ensemble est synonyme de rire, notre amitié est aussi solide que la tête de Jason est dure, et ça, c'est quelque chose !

*A Julie et Rosine*, les bombas, des filles incroyables, vous avez rendu mon externat si beau et plaisant, vous avez contribué à ma réussite, j'espère vous apporter autant que vous m'apportez, de copines de fac, notre amitié n'a cessé de grandir et ne s'arrêtera jamais je l'espère.

*Aux habitants du chenil*, Evan et Vincent ainsi qu'à leur client le plus fidèle, j'ai nommé Mickael, j'aime croire que c'est grâce à moi que vous êtes venus poser vos valises jusqu'ici, par votre simple présence vous avez rendu cette ville encore plus belle ! Hâte d'en finir avec ma thèse pour enfin admirer vos belles plinthes.

*Au reste de ce si grand groupe* qui continue de s'expandre à chaque vacance, je ne me vois pas passer une année sans avoir une semaine à rire et à faire la fête avec vous, même répartis dans toute la France il y a des liens qui ne se briseront jamais, je vous aime fort !

*A mes anciens co-internes*, merci d'avoir rendu les stages plus agréables, jamais je n'aurai cru conserver des liens aussi beaux.

*Au cabinet de Ressons-sur-matz, Isabelle, André et Steve*, merci de m'avoir accueilli et fait confiance alors que je finissais à peine mes études, vous m'avez accompagné dans mes premiers pas en tant que « grande », merci pour votre bienveillance

A l'HAD d'Abbeville qui m'a inspiré ce travail, j'ai beaucoup aimé travailler avec vous pendant 6 mois, même si j'ai développé une addiction aux bonbons pendant ce stage...



## Table des matières

I.	Introduction.....	1
1.	Définition.....	1
2.	Fonctionnement .....	1
3.	Tarifification.....	2
4.	L’HAD dans la Somme.....	5
II.	Matériel et méthodes.....	8
1.	Choix de la méthode.....	8
2.	Population étudiée .....	8
3.	Entretiens .....	8
4.	Codage.....	8
III.	Résultats .....	9
1.	Caractéristiques la population étudiée .....	9
2.	Analyse des données .....	9
A.	Facteurs motivants .....	11
B.	Facteurs limitants .....	15
C.	Améliorations .....	19
D.	Comparaisons .....	20
IV.	Discussion .....	21
1.	Analyse .....	21
2.	Forces et limites de l’étude .....	23
V.	Conclusion .....	25
	Bibliographie.....	26
	Annexes .....	28
	Résumé.....	31

## **Table des figures**

Figure 1: Schéma heuristique des avantages .....	11
Figure 2: Schéma heuristique des inconvénients.....	15

## **Table des tableaux**

Tableau 1 : Pondérations individuelles des modes de prise en charge principale selon l'ATIH.....	3
Tableau 2 : Pondérations individuelles des modes de prise en charge associés selon l'ATIH .....	4
Tableau 3: Pondération associée à l'indice de Karnofsky .....	5
Tableau 4 : Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge .....	5
Tableau 5 : Caractéristiques des différents établissements d'Hospitalisation à Domicile de la Somme 6	
Tableau 6 : Caractéristiques principales de la population étudiée .....	10

## **Abréviations**

HAD	Hospitalisation à domicile
AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
FNEHAD	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
GHT	Groupe Homogène Tarifaire
MPP	Motif de Prise en charge Principal
MPA	Motif de Prise en charge Associé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
IK	Indice de Karnofsky
AS	Aide-soignant(e)
IDEC	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'ETAT Coordonnateur(trice)
F	Femme
H	Homme
MSU	Maître de Stage Universitaire

## I. Introduction

### 1. Définition

L'Hospitalisation à domicile (HAD) est un mode de prise en charge médicale qui permet à un patient souffrant soit de pathologies aiguës soit de pathologie chroniques de recevoir à son domicile des soins complexes et réguliers, si la situation le permet, sous la supervision d'une équipe médicale spécialisée. Elle a d'abord été créée pour lutter contre la saturation hospitalière mais s'est avérée très utiles pour la prise en charge des patients âgés et/ou atteints de maladies chroniques. Elle offre donc une alternative à l'hospitalisation conventionnelle en permettant au patient de rester dans son environnement familial tout en bénéficiant d'un suivi médical continu et coordonné.

De ce fait, l'HAD permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation intramuros. Les soins délivrés en HAD se différencient, de ceux habituellement dispensés à domicile avec les soignants libéraux, par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes qui sont coordonnés entre les différents acteurs.

Historiquement, elle voit le jour en 1957 en France au sein de l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), puis les expériences se suivent partout ailleurs en France et une première convention est signée avec l'Assurance Maladie en 1960. Elle est finalement officialisée par la loi du 30 décembre 1970 (1). La Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) est quant à elle créée en 1973 afin de promouvoir son développement.

L'HAD est consolidée et structurée au fil des années avec plusieurs décrets et circulaires(2,3). En 2020, il existe 286 établissements dont 113 publics, 113 privés à but non lucratif et 60 privés à but lucratif, avec en tout 146 000 patients pris en charge. Son activité est croissante, avec près de 12 000 patients supplémentaires en parcours de soin HAD entre 2020 et 2021.(4)

L'HAD reste une institution récente et toujours en plein développement, notamment depuis la crise sanitaire liée à la Covid-19 qui a mis en évidence son rôle déterminant dans l'offre de soins.

### 2. Fonctionnement

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers traditionnels.

Bien que les indications paraissent vastes, il existe une liste exhaustive (5) de tous les motifs de prise en charge rentrant dans le cadre de l'HAD, en dehors de cette liste, aucune hospitalisation n'est possible. Afin d'aider les praticiens il existe un outil informatique développé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dénommé *ADOP-HAD* en accès libre et gratuit fonctionnant sous format d'un algorithme décisionnel.(6)

La demande de prise en charge peut être faite par tout médecin généraliste, spécialiste, hospitalier ou libéral. Elle peut se faire de différentes manières en fonction de l'organisation des différents établissements : via le logiciel hospitalier si la demande est intra-hospitalière, via le site *Via Trajectoire*,(7) par mail, ou par téléphone. La demande est généralement évaluée par les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) coordonnateurs et coordonnatrices pouvant contacter le patient et sa famille



pour plus d'informations afin de préparer au mieux l'hospitalisation. L'accord du médecin coordonnateur est sollicité car obligatoire pour une prise en charge.

L'accord du médecin traitant est également obligatoire. En effet, si ce dernier refuse, ou si le patient n'a pas de médecin, l'HAD ne peut pas se faire. Selon la circulaire en date du 30 mai 2000 (8), le médecin traitant est considéré et identifié comme pivot du système.

Le médecin coordonnateur de l'HAD détient un rôle complémentaire. En effet, il fait valoir son avis, organise le lien entre l'hôpital et la ville et supervise la prise en charge. Il tient informé le médecin traitant des actualités concernant son patient (9).

Enfin, le patient étant au cœur de cette prise en charge, son accord pour l'organisation de l'HAD reste également indispensable.

### **3. Tarification**

Pour comprendre le fonctionnement d'une HAD, il est important de comprendre son mode de tarification à l'activité, la T2A. Elle combine le mode de prise en charge principal et le mode de prise en charge associé s'il existe, le degré de dépendance du patient défini par l'indice de Karnofsky (10), et la durée du séjour. L'ensemble de ces données permettent de classer le coût des soins dans un groupe homogène de tarif (GHT). De nombreux logiciels existent en France pour la gestion des HAD. Dans la Somme tous les établissements ont le même : *Domilink* (anciennement appelé *Anthadine*).

Lors de l'hospitalisation d'un patient, un séjour est créé avec toutes ses données personnelles (médecin traitant, personne de confiance, mode d'hébergement etc...) et médicales. Ces dernières comprennent le mode de prise en charge principal (MPP) et le motif de prise en charge associé (MPA).

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) a défini les différents types de MPP et MPA avec leur pondération tarifaire associée(5).

*Tableau 1 : Pondérations individuelles des modes de prise en charge principale selon l'ATIH*

<b>Mode de prise en charge principal (MPP)</b>	<b>Pondération</b>
01 – Assistance respiratoire	2,1
02 – Nutrition parentérale	1,9
03 – Traitement intraveineux	2,1303
04 – Soins palliatifs	2,066
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	2.0066
06 – Nutrition entérale	1,7686
07 – Prise en charge de la douleur	1,7686
08 – Autres traitements	1,7686
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,6146
10 – Posttraitement chirurgical	1,6146
11 – Rééducation orthopédique	1,4376
12 – Rééducation neurologique	1,4376
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,4241
14 – Soins de nursing lourds	1,3521
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1
17 – Surveillance de radiothérapie	1,15
18 – Transfusion sanguine	3,15
19 – Surveillance de grossesse à risque	1
21 – <i>Post partum</i> pathologique	1,15
22 – Prise en charge du nouveau-né à risque	1
24 – Surveillance d'aplasie	1,201
29 – Sortie précoce de chirurgie	1,6146

Tableau 2 : Pondérations individuelles des modes de prise en charge associés selon l'ATIH

<b>Mode de prise en charge associé (MPA)</b>	<b>Pondération</b>
00 – Pas de mode de prise en charge associé	1
01 – Assistance respiratoire	1,1636
02 – Nutrition parentérale	1,4899
03 – Traitement intraveineux	1,1636
04 – Soins palliatifs	1,4899
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	1,7149
06 – Nutrition entérale	1,3616
07 – Prise en charge de la douleur	1,1636
08 – Autres traitements	1,2642
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,2642
10 – Posttraitement chirurgical	1,1618
11 – Rééducation orthopédique	1,1636
12 – Rééducation neurologique	1,1636
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,2066
14 – Soins de nursing lourds	1,0558
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1,1618
17 – Surveillance de radiothérapie	1,2642
18 – Transfusion sanguine	3,15
19 – Surveillance de grossesse à risque	1,0558
21 – <i>Post partum</i> pathologique	1,1
24 – Surveillance d'aplasie	1,2902
25 – Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,0558

A noter que toutes les HAD ne prennent pas forcément des hospitalisations pour tous les motifs cités. Certains demandent une équipe de soignants formés (ex : surveillance de grossesse à haut risque, prise en charge du nouveau-né à risque) tandis que d'autres nécessitent des accords avec les services hospitaliers et/ou la pharmacie hospitalière (ex : chimiothérapie ou surveillance post chimio).

Enfin, l'indice de Karnofsky (10) (Cf annexe) permet de détailler l'état de dépendance du patient. La pondération pour le tarif augmente de façon inversement proportionnelle à l'indice(5).

*Tableau 3: Pondération associée à l'indice de Karnofsky*

<b>Classes et valeurs de l'IK (%)</b>	<b>Pondération</b>
90-100	1
70-80	1,23
60	1,44
50	1,71
40	1,85
30	1,91
10-20	2,1

Comme dans l'hospitalisation classique, le tarif est lié à la durée du séjour mais plus précisément de la séquence. Il peut exister plusieurs séquences dans un seul séjour si le MPP, le MPA ou l'indice de Karnofsky change. La pondération tarifaire décroît en fonction de la durée de la séquence. Il décroît au fur et à mesure des jours.

*Tableau 4 : Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge*

<b>Durée de la séquence</b>	<b>Tranche</b>	<b>Pondération</b>
du 1 <sup>er</sup> au 4 <sup>e</sup> jour	1	1
du 5 <sup>e</sup> au 9 <sup>e</sup> jour	2	0,7613
du 10 <sup>e</sup> au 30 <sup>e</sup> jour	3	0,6765
au-delà du 30 <sup>e</sup> jour	4	0,6300

#### **4. L'HAD dans la Somme**

Dans le département de la Somme, il existe 7 établissements d'HAD : Amiens, Abbeville, Albert, Doullens, Montdidier, Péronne, Ham.

Ces 7 établissements se distinguent dans certaines modalités. Nous les détaillerons dans le tableau 4 afin de comprendre l'ensemble des différences

*Tableau 5 : Caractéristiques des différents établissements d'Hospitalisation à Domicile de la Somme*

	<u>Amiens</u> Privé	<u>Abbeville</u> Public	<u>Albert</u> Public	<u>Doullens</u> Public	<u>Ham</u> Public	<u>Montdidier</u> Public/privé	<u>Péronne</u> Public
Nombre de médecins	NC	1	2	1	1	4	1
Présents sur site ?	NC	5 demi-journées/semaine	Oui	4 jours/semaine	1 jour/semaine	Oui	4 demi-journées/semaine
Horaire de joignabilité	NC	8-22h	8h-22h	24h/24h	24h/24h	8-22h	24h/24h
Déplacement médical ?	NC	Occasionnellement	Occasionnellement	Non	Occasionnellement	Souvent	Occasionnellement
Nombre de lits	200	30	15	40	10	35	20
Pharmacie de l'hôpital exclusivement ?	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Travaille avec IDE libéraux ?	Oui	Rarement	Rarement	Souvent	Oui	Oui	Rarement
Organisation des tournées	NC	4 équipes IDE/AS /jour en 12 heures	2 IDE et 2 AS/jour	3-4 équipes/jour +collaboration avec IDE libérales	Coordination entre équipe libérale et hospitalière	Coordination entre équipe libérale et hospitalière	2 IDE et 2 AS/jour
IDE d'astreinte	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Accord du médecin traitant demandé par ?	NC	Médecin coordonnateur	IDEC	Médecin hospitalier demandeur	Variable	IDEC	Variable
Origine majoritaire des demandes	NC	Hôpital	Médecins de ville	Hôpital	Equivalent	Hôpital	Equivalent

*NC : Non Connu, IDE : Infirmier (e) diplômé(e) d'Etat, AS : Aide-Soignant(e), IDEC : IDE : Infirmier (e) diplômé(e) d'Etat Coordonnateur*

Selon le dernier rapport d'activité de la FNEHAD, il existe une réduction de 10 à 20% de l'activité de l'HAD depuis l'été 2021 alors que celle-ci avait beaucoup été sollicitée durant la crise sanitaire, ce qui avait consolidé son développement au sein des territoires sanitaires. Pourquoi cette baisse soudaine ? Dans la feuille de route de la FNEHAD, on retrouve comme premier axe de développement le renforcement des connaissances et de l'attractivité de l'HAD. De nombreux médecins généralistes semblent exprimés des réticences de ce mode d'hospitalisation.

De nombreuses études ont été réalisées afin de mettre en évidence les raisons de ce frein à l'HAD. (11,12) Souvent, les médecins généralistes décrivent comme principaux facteurs limitants l'aspect chronophage et le manque de rémunération en conséquence. Mais il y a également l'argument de la difficulté de communication et de transmission avec l'équipe de l'HAD. Jusqu'à présent, aucune étude n'a cherché à comparer les ressentis des médecins généralistes en fonction des HAD régionales. Il serait intéressant de rapporter les facteurs limitants et motivants aux différents établissements d'HAD de la Somme pour en dégager les forces et les faiblesses selon leurs organisations.

L'objectif principal de cette étude est donc de définir les avantages et les inconvénients à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes dans le département de la Somme.

## **II. Matériel et méthodes**

### **1. Choix de la méthode**

Pour pouvoir identifier les déterminants de l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes il est nécessaire d'analyser leur représentations, opinions etc... Il a donc été décidé de réaliser une étude qualitative. Elle permet d'explorer des données subjectives, non quantifiables, telles que des opinions, des ressentis, des expériences vécues. Elle donne accès à des détails nuancés et contextuels non accessibles avec une approche quantitative.

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés en juin et juillet 2024 auprès des médecins généralistes de la Somme puis ils ont été analysés selon la théorie ancrée.

### **2. Population étudiée**

Le recrutement s'est fait à l'aide d'une liste de praticiens référencés en fonction des secteurs territoriaux des HAD concernées. Ils ont été contactés par téléphone ou par mail. 41 médecins ont été ainsi sollicités au total, et 12 ont donné leur accord pour participer à cette étude. Les 7 différentes HAD ont pu être représentées.

Les critères d'inclusion étaient :

- Exercer la profession de médecin généraliste installé en cabinet
- Avoir déjà eu au moins un patient en HAD

### **3. Entretiens**

Tous les entretiens étaient semi-dirigés, et menés par le même guide (cf annexe). Les questions étaient volontairement ouvertes afin d'avoir un maximum de spontanéité dans les réponses ainsi que de la profondeur en espérant avoir des nouvelles perspectives qui s'en dégagent. Cependant, il pouvait y avoir intervention de l'intervieweur pour rediriger la discussion ou faire évoluer l'échange.

Chaque entretien était enregistré avec un dictaphone ZOOAOXO puis retranscrit en intégralité sur un fichier WORD.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données, soit lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles informations ou de nouveaux thèmes pertinents sur le sujet de l'étude.

### **4. Codage**

Après une lecture attentive des retranscriptions, un codage était réalisé. Dans un premier temps, le codage était dit ouvert, des mots, phrases ou paragraphes qui semblaient importants étaient identifiés puis regroupés entre eux sous un intitulé qui représentait leur contenu.

Ensuite, le codage axial qui consiste à réunir les codages ouverts similaires entre eux pour en dégager un thème, à ce stade, un ajustement ou une fusion de certains codes était possible pour une meilleure représentation des données.

Enfin, le codage sélectif examinait comment les thèmes/codages axiaux se connectaient entre eux.

Ces différentes étapes de codage ont été réalisées sur des fichiers WORD distincts sans l'aide de logiciel.

### **III. Résultats**

#### **1. Caractéristiques la population étudiée**

Au total, douze entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes en activité dans la Somme. Il leur avait été proposé de faire ces entretiens soit dans leur cabinet soit par téléphone selon leurs convenances. Le tableau 6 reprend les caractéristiques principales de la population étudiée.

Sept femmes et cinq hommes ont été interrogés. Deux médecins étaient installés en milieu semi rural, trois en milieu urbain et sept en milieu rural. L'âge moyen des médecins interrogés est de 46,6 ans. Cinq médecins exercent en maison de santé pluridisciplinaire, trois en cabinet de groupe, deux en maison médicale et deux en cabinet seul. La durée moyenne des entretiens est de 13 minutes et 55 secondes

#### **2. Analyse des données**

Le codage axial a commencé à partir du deuxième entretien et le codage sélectif a débuté après le cinquième entretien. La saturation des données a été atteinte après le dixième entretien, il a été décidé de poursuivre encore deux autres pour confirmer cette tendance.

Pour plus de compréhension, une carte mentale ou schéma heuristique a été réalisé pour les deux grandes questions étudiées.



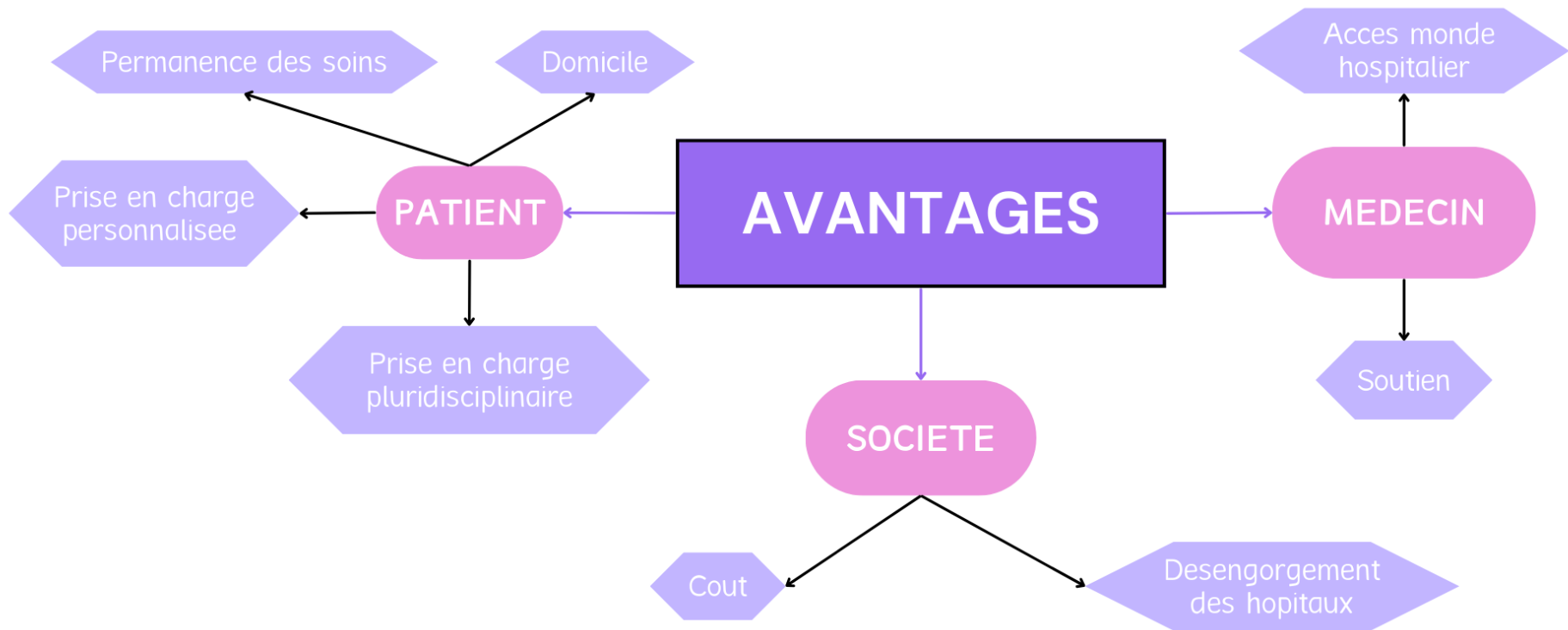
*Tableau 6 : Caractéristiques principales de la population étudiée*

	<u>Sexe</u>	<u>Age</u>	<u>Structure</u>	<u>Nombre de patient</u>	<u>Lieu d'exercice</u>	<u>Autre activité ?</u>	<u>HAD</u>	<u>Durée de l'entretien</u>
<b>M1</b>	F	44	Maison médicale	1600	Semi rural	Non	Montdidier / Amiens	11min26
<b>M2</b>	F	60	Cabinet de groupe	1000	Urbain	MSU	Amiens/Doullens	17min14
<b>M3</b>	F	29	Maison médicale	<1000	Semi rural	Non	Montdidier/Abbeville	13min52
<b>M4</b>	H	60	Cabinet seul	2000	Rural	MSU, expertise	Abbeville/Doullens/Amiens	24min16
<b>M5</b>	H	53	MSP	1000	Urbain	Oui, hôpital/expertise	Amiens	11min34
<b>M6</b>	H	38	Cabinet de groupe	1300	Urbain	MSU	Abbeville	14min06
<b>M7</b>	F	42	MSP	1100	Rural	MSU	Albert/Doullens	11min08
<b>M8</b>	F	39	MSP	469	Rural	Non	Albert/Doullens	12min35
<b>M9</b>	F	44	MSP	800	Rural	MSU	Albert/Doullens	11min11
<b>M10</b>	H	36	MSP	1100	Rural	MSU	Albert/Doullens	10min13
<b>M11</b>	F	60	Cabinet seul	2200	Rural	Non	Ham	15min56
<b>M12</b>	H	55	Cabinet de groupe	1800	Rural	Non	Péronne	13min27

*F : Femme, H : Homme, MSU : Maître de stage universitaire*

## A. Facteurs motivants

Figure 1: Schéma heuristique des avantages



a. Pour la société

- Un moindre coût

Seulement un des médecins a exprimé les bienfaits pour l'état et la sécurité sociale en relevant que le prix d'une HAD était moindre que celle d'une hospitalisation classique : « *Et puis quand même c'est un moindre coût pour la sécu, ça coûte moins cher qu'une hospitalisation* » (M12).

- Un déchargement des hôpitaux

Il met également en avant le bénéfice d'alléger les secteurs hospitaliers de certaines hospitalisations conventionnelles pouvant être réalisées au domicile : « *Et ça libère les hôpitaux d'une hospitalisation qui n'est pas nécessaire* » (M12).

Ce faible intérêt peut être expliqué par le fait que la majorité des médecins ne connaissaient pas le coût d'une journée en HAD ni la tarification. Onze médecins sur douze ont répondu « *non* » à la question « *connaissez-vous la tarification de l'HAD ?* », « *non... Moins qu'une hospité (hospitalisation) classique ?* ».

Sans oublier le fait que les relations se sont récemment détériorées entre les médecins libéraux et la sécurité sociale : « *Travailler avec une organisation étatique vu les conflits qu'on a avec eux actuellement... ça donne pas envie !* » (M4)

b. Pour les médecins

- Un accès au monde hospitalier

Certains médecins soulignent une meilleure liaison avec l'hôpital, notamment pour les avis spécialisés concernant les prises en charge : « *Ils arrivent à avoir des avis spécialisés plus facilement que nous* » (M2), « *Il y a une meilleure liaison avec l'hôpital quand même* » (M7).

L'accès à certains traitements hospitaliers est également apprécié ou certains matériels : « *On a la thérapeutique de l'hôpital à la maison* » (M6), « *On n'a pas accès aux mêmes choses* » (M8), « *Par exemple les VAC c'est super d'avoir accès à ça !* » (M8).

Ce qui leur permet des prises en charge plus avancées : « *Ces patients on ne pourrait pas s'en occuper sans ça* » (M8).

- Un soutien

La grande majorité des médecins interrogés soulignent l'aide apportée par l'HAD à plusieurs niveaux. Tout d'abord l'aide du médecin coordonnateur, qui peut les conseiller dans les prises en charge en

donnant son avis, en répondant à leurs questions, notamment sur des sujets qu'ils ne maîtrisent pas forcément car peu rencontrés en milieu libéral : « *On peut se reposer sur l'HAD si on a besoin d'aide, je ne suis pas à l'aise sur les morphiniques donc ils m'aident beaucoup* » (M3), « *Ça nous permet des prises en charge qu'on ne pourrait pas faire seuls, les soins palliatifs je ne maîtrise pas beaucoup* » (M8), « *Le médecin coordo (coordonnateur) nous aide quand on a besoin* » (M9).

Même les plus réticents confirment cette aide : « *C'est sûr que pour un médecin qui ne sait pas se débrouiller seul ça peut être bien* » (M5).

Deux HAD ont un médecin coordonnateur qui réalise parfois des visites à domicile (VAD), ce qui est fort apprécié car il participe activement aux soins et réduit la charge de travail des médecins généralistes : « *Le médecin coordo se déplace au domicile et ça c'est vraiment bien, ça nous enlève pas mal de travail* » (M1).

Il est également rapporté la bonne communication entre le médecin généraliste et l'équipe de l'HAD aisément joignable en cas de besoin : « *Pas de soucis avec la communication, c'est facile d'avoir les IDE coordo* » (M2), « *Ils sont joignables facilement* » (M6).

Les médecins notent également la réactivité des équipes lors des modifications de prescriptions : « *L'équipe est réactive aux prescriptions* » (M8), « *Franchement tu les appelle pour une bio en urgence et ils te font ça rapidement c'est super* » (M11).

### c. Pour les patients

- Une prise en charge personnalisée

Quelques médecins saluent le fait que l'HAD s'adapte aux besoins du patient : « *En fonction des patients ils adaptent les passages, ils regardent ce dont il a besoin c'est bien* » (M12), « *Je sais qu'ils surveillent les besoins des patients et font des demandes de chaise percée quand ils voient qu'il y en a besoin, ou d'autres matériels qu'on connaît pas forcément* » (M12).

- Une prise en charge pluridisciplinaire

La pluridisciplinarité est également saluée : « *C'est une prise en charge plus complète qu'avec les libéraux* » (M6), notamment sur le plan psychologique : « *Ils ont une psychologue attitrée c'est quand même très pratique* » (M6) mais aussi sur le plan social : « *J'ai eu une patiente chez qui il y avait un gros problème social, et ben grâce à leur assistante sociale, ils ont réussi à dépatouiller tout ça alors que sans eux ça aurait été hyper compliqué de gérer ça* » (M8).

- Une permanence des soins

Tous les médecins s'accordent à dire que la surveillance 24h/24h est un réel avantage pour le patient : « *Le suivi h24 du patient* » (M6) « *La surveillance et le suivi h24* » (M10). La présence d'une IDE

d'astreinte les rassure : « *Le suivi du patient avec la possibilité d'avoir quelqu'un à toute heure c'est super intéressant et ça nous rassure d'un côté* » (M9).

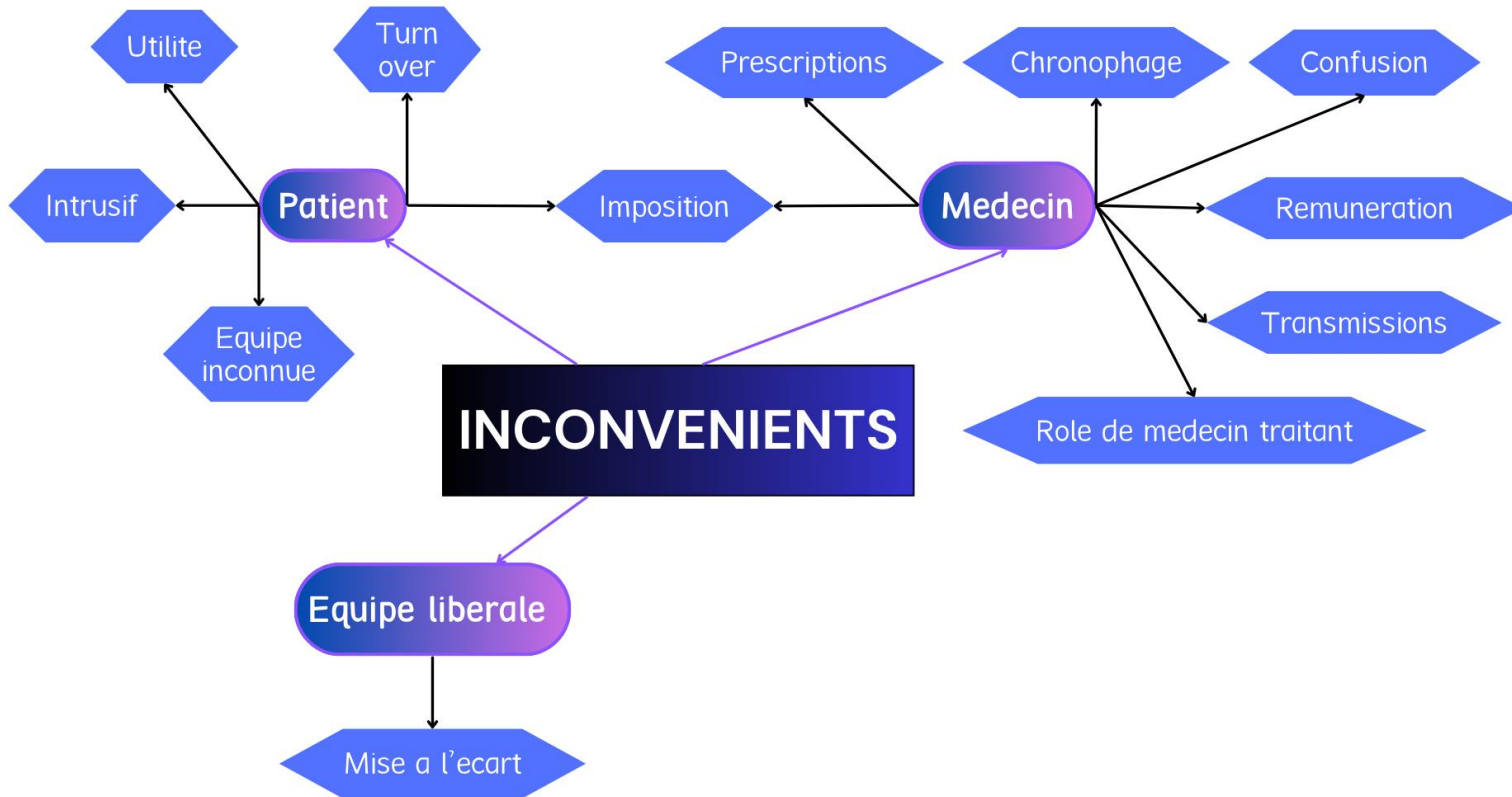
- Un confort

L'HAD apporte un certain confort selon les médecins interrogés. Tout d'abord par le fait de pouvoir éviter une hospitalisation, cette dernière pouvant être mal vécue pour certains patients : « *On évite ou repousse l'hospitalisation* » (M1).

De plus, l'entourage des proches et les repères du domicile dans un endroit connu et rassurant est un réel atout pour de nombreux médecins : « *La personne peut être avec ses proches* » (M1), « *Ils peuvent rester chez eux* » (M2). Les patients restent dans un environnement maîtrisé et apprivoisé sans ressentir de désorientation par les changements impliqués lors des hospitalisations conventionnelles.

## B. Facteurs limitants

Figure 2: Schéma heuristique des inconvénients



a. Pour le patient

- Un sentiment d'intrusion

Le côté intrusif est souvent dénoncé par les médecins, bien que ce soit la contrepartie pour pouvoir rester au domicile. La mise en place de l'HAD implique l'apport d'un certain nombre de matériels et dispositifs médicaux comme le lit médicalisé, la table de lit, un ou plusieurs meubles de rangement pour les fournitures telles que les protections, les compresses, etc... : « *C'est quand même un aménagement particulier avec beaucoup de matériel* » (M3), « *Ils débarquent et dégagent tout pour mettre leur matos (matériel)* » (M4).

Ceci peut déstabiliser le patient ainsi que sa famille : « *Parfois la famille n'est pas capable de gérer* » (M2), « *L'intrusion pour le patient est importante* » (M8).

- L'arrivée d'une équipe inconnue

L'arrivée d'une nouvelle équipe qui ne connaît pas le patient, aussi bien personnel médical ou paramédical, peut être difficile à gérer : « *Le patient se retrouve avec plein de monde qu'il ne connaît pas chez lui, c'est pas facile* » (M11).

- Le turn over de l'équipe soignante

Le fait que les IDE et aides-soignantes (AS) changent tous les jours, parfois même au cours de la même journée est critiqué par plusieurs médecins : « *Il y a un gros turn over des équipes, c'est déstabilisant, le patient s'y retrouve pas !* » (M5), « *Et puis il y a un gros turn over des équipes* » (M9).

- Une utilité pas toujours retrouvée

Plusieurs médecins dénonçaient certaines situations où ils ne comprenaient pas pourquoi l'HAD a été sollicitée : « *Parfois on pourrait faire sans, juste avec prestataires et libéraux* » (M1), « *Des fois tu te demandes les motifs réels de l'HAD* » (M4).

Certains médecins sont assez radicaux sur le sujet et affirment ne pas avoir besoin de l'HAD : « *Je n'ai pas besoin d'eux, les libéraux du coin me suffisent, ils font le même travail, il n'y a pas de plus-value, on peut faire bénéficier le patient des mêmes soins mais avec une équipe qu'il connaît* » (M4).

Un médecin affirme qu'il n'y a aucune valeur ajoutée à l'HAD et renie le mot « hospitalisation ». Il considère qu'il s'agit d'un travail identique à celui réalisé en milieu libéral : « *Je n'ai absolument pas besoin de l'HAD pour gérer mes patients, il n'y a pas de valeur ajoutée, on appelle HAD ce qu'on fait déjà en ville, le seul patient que j'ai en HAD, je ne vois pas à quoi ils servent* » (M5).

- Une imposition

Anecdotiquement, un médecin rapporte avoir déjà vu une sortie d'hospitalisation repoussée car il avait refusé l'HAD pour son patient. Il dénonce alors une tendance au chantage pour le patient qui n'a plus vraiment le choix s'il veut rentrer chez lui : « *Bizarrement une fois on m'appelle pour me dire que mon patient peut sortir en HAD et quand je leur dis que je vais m'en occuper sans eux (HAD) d'un coup il n'est plus sortant, je trouve ça dégueulasse pour le patient c'est juste du chantage !* » (M4).

#### b. Pour le médecin

- Une relation imposée

Cette relation parfois forcée avec l'HAD est également ressentie pour les médecins, beaucoup regrettent qu'on ne leur demande pas leur avis avant de prendre en charge le patient : « *En fait on nous appelle pour nous prévenir, tout est déjà réfléchi sans nous, on n'a plus vraiment le choix* » (M6).

Un médecin va jusqu'à se comparer à un prestataire : « *On ne te demande pas ton avis, j'ai l'impression d'être un prestataire, on nous impose simplement des visites* » (M5).

D'autres regrettent le manque de communication avant la mise en place. On ne leur explique pas assez la situation de leur patient ni le projet au décours de l'HAD : « *La mise en place n'est pas top, il n'y a pas assez de communication, parfois on a l'impression qu'ils se déchargent juste du : on l'a prévenu c'est bon, et au final ils nous expliquent rien* » (M7).

- La perte du rôle de médecin traitant

Beaucoup de médecins ont l'impression de perdre leur place en tant que médecin traitant du patient, certains ne connaissent tout simplement pas leur rôle dans la prise en charge HAD : « *Finalement, on ne sait pas trop ce qu'il faut faire* » (M3), notamment face au médecin coordinateur : « *Je ne sais pas bien quelle est ma place, il y a une ambiguïté avec le médecin coordonnateur, il prend des décisions alors qu'il ne voit pas les gens* » (M6).

- Des prescriptions partagées

Un médecin se plaint d'abord d'être limité dans le choix de prescription car il est obligé de se référer au livret de médicament de l'hôpital, ne disposant pas toujours de l'entièreté des spécialités pharmaceutiques : « *On doit utiliser leur liste de médicaments à eux, et quand ils ont pas bah on est obligés de trouver autre chose* » (M4).



Ce même médecin n'apprécie pas l'interférence du médecin coordonnateur dans les ordonnances du patient, vécu alors comme une intrusion : « *Le médecin fourre son nez dans les prescriptions, j'apprécie pas du tout de voir qu'il a modifié mes prescriptions le lendemain* » (M4).

- Un aspect chronophage

La majorité des médecins s'accordent à dire que l'aspect chronophage est le principal inconvénient, même si beaucoup reconnaissent que cette caractéristique est intrinsèque à l'HAD : « *C'est chronophage mais c'est normal* » (M8).

Les visites sont notamment plus fréquentes que pour le reste de leur patientèle : « *C'est une visite par semaine donc forcément c'est un planning d'emblée plus chargé* » (M1).

Un patient en HAD est de toute évidence plus lourd en soins, induisant des visites plus complexes et requérant davantage de temps : « *Les patients sont quand même plus lourds* » (M1), « *Une visite en HAD prend plus de temps* » (M2), « *Les visites sont complexes* » (M9).

Un des médecins déplore de ce fait une perte de contrôle de son emploi du temps car ces visites lui semblent imposées : « *Quand on te demande des visites t'as l'impression que c'est urgent, à faire tout de suite, t'as pas trop le choix* » (M4).

Il est également déploré par plusieurs médecins une charge administrative excessive, les transmissions avec l'HAD se faisant de façon manuscrite, généralement rapportées dans un classeur. Ce dernier comprenant des documents éthiques, consentements mais aussi ordonnances du patient : « *Il y a beaucoup de paperasse avec le classeur* » (M7), « *Le classeur ça amène de la paperasse vraiment, avec toutes les ordonnances dedans, qu'on doit refaire souvent mais quand il y a eu des modifications faut retrouver la bonne c'est pénible* » (M8).

- De mauvaises transmissions

Bien que les médecins s'alignent tous pour dire que la communication est facile avec les équipes notamment par téléphone, et qu'ils n'ont pas de problèmes pour joindre l'HAD en cas de besoin, beaucoup regrettent une mauvaise transmission des actes importants et des changements concernant la prise en charge de leur patient : « *Parfois les transmissions ne sont pas faites* » (M3), « *Il y a des modifications de traitements sans te prévenir* » (M4), « *On n'est pas toujours mis au courant* » (M7).

Un des médecins s'interroge même sur l'intérêt porté au classeur par l'équipe de l'HAD : « *J'ai surtout l'impression que c'est moi qui viens vers eux pour avoir des informations, le classeur mis à disposition n'est pas rempli, il n'y a que moi que le fait, pas sûr qu'ils le lisent...* » (M6).

L'exemple le plus fréquemment cité est celui de la transmission des bilans sanguins demandés par les médecins : « *C'est difficile d'avoir les bios qu'on prescrit, on les reçoit par courrier quelques jours après ça sert à rien* » (M8).

- Une certaine confusion

Très souvent, les médecins interrogés ont plusieurs HAD dans leur secteur, et certains reconnaissent qu'il s'agit là d'une difficulté : « *Déjà il faut savoir laquelle appeler des fois c'est pas évident* » (M9), surtout lorsque les différentes HAD n'ont pas le même fonctionnement : « *Certains travaillent avec des IDE libérales d'autres non, dans une le médecin coordonnateur se déplace et est vachement impliqué alors que dans l'autre beaucoup moins, c'est déstabilisant* » (M3).

- Une mauvaise rémunération

Le délicat sujet de la rémunération est abordé par plusieurs médecins mais pour différentes raisons.

Certains se plaignent simplement de la faible rémunération des VAD de manière générale : « *Ça fait des années qu'on demande d'augmenter le MD (majoration de déplacement)* » (M5), « *On attend une revalorisation des VAD depuis des années, alors pour l'HAD j'en parle même pas* » (M4).

D'autres regrettent surtout la forme, le système imposant une cotation manuscrite transmise à l'hôpital de rattachement et induisant alors une rémunération différée sans détails de la somme touchée : « *On est payés à distance* » (M7), « *Je ne sais jamais quand je suis payé* » (M6), « *Tout vient d'un coup, sans détails, on ne sait pas à quoi ça correspond* » (M6).

Certains dénoncent également le fait qu'il y a une surveillance des cotations qui leur sont parfois refusées : « *On surveille nos cotations* » (M5).

### c. Pour l'équipe libérale

- Une mise à l'écart

Certains médecins déplorent la mise à l'écart de l'équipe libérale déjà en place, parfois perçue comme un manque de confiance : « *Ils ont l'impression qu'on leur prend leur travail, qu'on ne les croit pas capable* » (M1). Les professionnels libéraux sont relégués au second plan afin de privilégier la mise en place de l'HAD : « *L'HAD vient avec toute son équipe et prend la place de l'équipe libérale qui était déjà là* » (M2).

## C. Améliorations

La question des améliorations possible pour l'HAD a été soumise aux participants en sollicitant des pistes d'amélioration pour ce type de prise en charge extra hospitalière

Bien que pour deux médecins la meilleure amélioration que puisse faire l'HAD est de disparaître : « *Bah il faudrait que le médecin puisse choisir de travailler avec les libéraux et que le médecin coordo mette moins son nez dans nos affaires donc en fait pas d'HAD quoi* » (M4), les autres restent plus nuancés.

Tout d'abord, la notion de préparation à la mise en place est récurrente. Une meilleure communication avec le médecin traitant permettrait d'aborder l'HAD du patient avec plus de confiance et de sérénité : « *Meilleure préparation des médecins avec entretien explicatif* » (M3), « *Que les hospitaliers communiquent plus avec nous en amont* » (M11). Il en est de même avec le patient : « *Meilleure préparation des patients à l'HAD* » (M6).

Par ailleurs, les médecins sont assez ambivalents quant à l'amélioration des moyens de transmission. Bien que le système de classeur leur semble désuet, ils restent sceptiques face à l'utilisation des outils informatiques communs (*Domilink*).

Enfin, le sujet de la rémunération a également été abordé. Sans prétendre à une augmentation considérable du forfait, le système de paiement devrait être modifié : « *Le mieux serait d'avoir des dates plus ou moins fixes de paiement, qu'on sache à peu près quand on sera payés pour pouvoir vérifier* » (M12). Un médecin a également émis le souhait de disposer d'une fiche de paie détaillée, afin de faire une vérification plus rapide de sa comptabilité.

#### **D. Comparaisons**

Nous avons tenté de comparer les différentes structures d'HAD entre elles, mais aucune différences significatives n'ont émergé de cette analyse. En effet, aucun avantage ou inconvénient n'est propre à une HAD.

Lorsque les médecins travaillaient avec plusieurs structures il leur a été demandé s'ils avaient une préférence, mais aucune n'a été avouées.

## IV. Discussion

### 1. Analyse

- Avantages pour le patient mais pas que ...

Dans son ensemble, l'HAD est acceptée par une majorité des médecins bien qu'un plus grand nombre de facteurs limitants soient dégagés dans notre travail comparativement aux facteurs motivants. En accord avec les différentes études déjà réalisées (13) (14), les avantages ont un poids plus lourd que les inconvénients et permettent ainsi une appréciation globale positive du système. L'intérêt pour le patient est au centre de la discussion. La possibilité de rester dans un environnement familial se révèle être le principal atout de l'HAD. De plus, la sécurité apportée par la permanence de soins est fortement appréciée et contribue au confort du patient mais également du médecin traitant.

Les médecins généralistes ont également salué l'accès au monde hospitalier et notamment à ses thérapeutiques, comme retrouvé dans une étude quantitative sur les attentes et les freins des médecins généralistes à l'utilisation de l'HAD du Nord-Pas-De-Calais (15) où 96% des médecins interrogés considéraient l'accès aux thérapeutiques hospitalières comme un avantage certain.

- Les transmissions

Les transmissions et leur qualité ont de nombreuses fois été dénoncées par les médecins de cette étude. En accord avec la littérature, une étude sur les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD de Grenoble (16) met en évidence la nécessité d'améliorer le système de transmission entre le médecin traitant et l'équipe HAD. Il est indispensable que celui-ci soit tenu au courant des mises à jour concernant la prise en charge de son patient pour adapter au mieux sa conduite. Un médecin peut vite être perdu, jusqu'à prendre des décisions délétères pour le patient s'il n'a pas tous les éléments à disposition.

Le système de classeur ne semble pas être un mode de communication pertinent, d'autant plus que seule les IDE et AS y ont accès au domicile, contrairement au médecin coordonnateur. En dépit de cela, peu de solutions sont proposées. Dans un travail sur la fin de vie en HAD (17), il a été proposé d'organiser des visites communes au chevet du patient entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Les déplacements de ce dernier non systématiques auxquels s'ajoutent les difficultés d'allier les deux emplois du temps surchargés ainsi que le caractère chronophage de l'HAD rendent la mise en place de ce système compliqué.

Dans notre étude, il a été plusieurs fois discuté de l'accès au dossier informatisé via *Domilink*, avec l'usage simple d'identifiants et mot de passe. Le médecin traitant pourrait alors avoir accès à l'ensemble du dossier de son patient avec les transmissions complètes des passages infirmiers et des réunions avec les médecins coordonnateurs. Plusieurs médecins s'étaient déjà vu proposer cet accès par certains établissements et semblaient intéressés. Cependant d'autres se sont montrés plus réticents, contrairement à ce qui a déjà été évalué (16). Une visite avec démonstration et explication pourrait dissiper ces doutes.

- La rémunération

La majorité des travaux déjà réalisés mettent en évidence un désir d'une revalorisation de la rémunération des visites en HAD. Par exemple, une étude réalisée en Normandie(18) rapporte le souhait des médecins généralistes à élargir les pathologies éligibles à la cotation de la visite longue (VL).

Notre étude suit cette tendance mais permet également de dégager une autre problématique. En effet, son aspect pratique a également été critiqué. Outre la contrainte de ne pas utiliser la carte vitale et devoir coter manuscritement, plusieurs médecins se sont plaints de la date approximative de paiement et déplorent des fiches de paie sans aucuns détails. L'aspect chronophage est alors accentué lors de la comptabilité annexe de leur patient en HAD. Organiser un délai de paiement fixe avec un récapitulatif des actes payés pourraient être une première amélioration appréciée.

- La communication hôpital-ville

L'HAD ne déroge pas au problème de communication entre le monde libéral et le monde hospitalier pourtant si importante. Depuis de nombreuses années, la relation entre la médecine de ville et l'hôpital est décriée. En 1994, déjà, un article met en garde sur l'enjeu de la communication entre les médecins de ville et médecins hospitaliers pour notre système de santé devenant fragile (19). Plusieurs travaux réalisés ont mis en évidence de la part des médecins généralistes le sentiment de ne pas collaborer (20) voire même de ne pas exercer le même métier que les hospitaliers (21). Une étude qualitative visant à évaluer la relation ville-hôpital du point de vue des médecins généralistes (22) rapporte un sentiment d'isolement, de non considération et de méconnaissance du métier de médecin libéral de la part des médecins hospitaliers.

Ce sentiment est retrouvé dans notre étude. En effet, les médecins se plaignent de ne pas être toujours prévenus en amont de l'HAD, et lorsqu'ils le sont, il n'y a pas de discussion à proprement parler, ils ne sont pas décideurs, leur avis n'est pas demandé. Le rôle du médecin traitant est pourtant central dans la prise en charge du patient. Ce n'est pas la communication avec le médecin coordonnateur qui est critiqué mais celle avec le service hospitalier faisant la demande d'HAD pour le patient.

En incitant les médecins hospitaliers à discuter plus en détails avec le médecin traitant de la possibilité d'une HAD, il serait plus impliqué dans la décision et mieux préparé à accueillir le patient. Cela apporterait un confort pour le médecin et de surcroît, pour le patient. D'ailleurs, certains travaux proposent des réunions en amont pour établir le projet du patient (23), cette idée n'étant toutefois pas ressorti de nos entretiens.

- Une pensée pour la sécurité sociale

Il est intéressant de signaler que très peu de médecins pensent au moindre coût qu'offre l'HAD par rapport à une hospitalisation classique ainsi que son effet sur le désengorgement des hôpitaux. En effet, seulement un des médecins interrogés l'a relevé.

Cependant, une enquête exploratoire auprès des médecins généralistes mais également auprès des médecins coordonnateurs (11) affirme que seuls ces derniers évoquent cet avantage. L'hypothèse d'une relation difficile entre la ville et l'hôpital engendrant un manque d'intérêt des médecins de ville envers les difficultés des hôpitaux<sup>8</sup> peut être formulée

De plus, deux médecins interrogés se sont montrés assez virulents envers l'Assurance Maladie s'inscrivant dans le contexte particulier des derniers mois où plusieurs appels à la grève des médecins généralistes ont été émis afin de faire revaloriser leurs droits (24). Nous pouvons donc comprendre ce faible intérêt pour les économies apportées par l'HAD.

- Caractère et personnalité : facteur limitant et motivant

Force est de constater que lors des entretiens certains arguments étaient considérés comme des avantages pour certains et comme des inconvénients pour d'autres. Quand le médecin coordonnateur apporte son aide, par exemple sur les prescriptions, l'un va apprécier et se sentir épaulé alors qu'un autre le décrit comme une intrusion dans sa pratique. Cette difficulté a déjà été évoquée dans la littérature (23) et se présente comme un frein important car difficile à sursoir.

D'un autre côté nous pouvons entrevoir dans cette multiplicité de pratique de la médecine générale les conséquences des principes de libre choix du médecin par le patient, liberté d'installation, paiement direct etc... décrit par Géraldine Bloy et Francois-Xavier Schweyer dans leur ouvrage intitulé « Singuliers médecins généralistes » (25). Ils décrivent ainsi, l'envie de certains médecins interrogés de ne rendre de compte à personne.

## **2. Forces et limites de l'étude**

- Forces

Nous avons réalisé une étude qualitative pour identifier les facteurs motivants et limitants à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes de la Somme. Il était nécessaire d'analyser les représentations, opinions et croyances des médecins vis-à-vis de ce service. L'approche qualitative était donc particulièrement adaptée pour la compréhension de ces arguments subjectifs.

Nous avons pu avoir un maillage territorial complet en ayant tous les différents établissements d'HAD du département. Ce qui a permis de comparer les résultats en fonction de l'établissement rattaché au médecin.

L'atteinte de la saturation des données contribue à une robustesse ainsi qu'une crédibilité des résultats. Par ailleurs, nous retrouvons une similitude de nos résultats dans le reste de la littérature ce qui appuie nos propos et permet une généralisation des résultats.

- Limites

Il existe un biais de recrutement, en effet une partie des médecins ayant donné leur accord pour participer à l'étude connaissaient l'investigateur, leur choix a donc pu être orienté.

Un biais de confusion relatif à l'interprétation des idées exprimées dans les verbatims qui ont pu être mal traduites par l'investigateur.

Certains médecins interrogés ont pu être influencé dans leurs réponses par le fait d'une direction de l'étude par le médecin coordonnateur de l'HAD d'Abbeville. D'ailleurs, l'investigateur ayant effectué un stage au sein de l'HAD d'Abbeville, cela a pu apporter un biais de jugement lors des entretiens et des codages d'information.

L'étude ayant été réalisé à un instant précis, il existe une variabilité temporelle et un manque de perspective longitudinale pouvant constituer un biais.

## V. Conclusion

Après une franche augmentation de son activité durant la crise sanitaire, l'HAD connaît un ralentissement de sollicitations. Les médecins généralistes semblent réticents à l'utilisation de celle-ci.

Grâce à cette étude nous avons pu retrouver comme principaux facteurs motivants à l'utilisation de l'HAD le confort apporté au patient ainsi que la sécurité grâce à la permanence de soin. Cependant de nombreux facteurs limitants existent, le mode de transmission des informations entre l'HAD et le médecin traitant est à améliorer. Il en est de même concernant le système de rémunération.

L'HAD subit le manque de communication entre l'hôpital et la médecine de ville et les tensions grandissantes entre la médecine libérale et l'Assurance Maladie s'ajoutent aux difficultés déjà présentes.

Il serait intéressant de comparer ces données du point de vue des médecins coordonnateurs des différents établissements mais également celui des médecins hospitaliers qui restent les principaux prescripteurs de l'HAD.



## Bibliographie

1. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.
2. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE DHOS/O3/2006/506 du 1er decembre 2006 relative a l-hospitalisation a domicile.
3. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)
4. FNEHAD, Rapport d'activité 2021-2022
5. ATIH, Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, 2020
6. HAS - Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD.
7. ViaTrajectoire | Site officiel | Orientation sanitaire et médico-sociale
8. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative a l-hospitalisation a domicile
9. 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.
10. Indice de Karnofsky, Santé-gouv
11. Collaboration entre HAD et médecins généralistes : Enquête exploratoire auprès des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs, TRYLESKI Caroline, Université de Strasbourg, 2020 h
12. Hospitalisation à domicile en zone semi-rurale, dans le territoire Basse Alsace - Sud Moselle : connaissances et attentes des médecins généralistes, avantages et inconvénients du recours à l'HAD, WENDLING Marie-Eva, Université de Strasbourg, 2021
13. Attentes et freins à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes en Bretagne : étude sur le secteur sanitaire N°3, AUDREN Emilie, Université de Rennes, 2017
14. Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne. Birague-Cavallie Elise, 2015
15. Montmartin AF. Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile, Université Lille 2 Droit et Santé, 2016
16. 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 mois d'un patient par an. 2011.
17. Boucher Marie. Fin de vie en hospitalisation à domicile : acteurs : médecin généraliste, médecin coordonnateur, équipe HAD. Université de Grenoble. 2011

18. Bonnamy E. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile : étude descriptive auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Normandie. Université de Lorraine. 2020
19. Cuyot JC. Difficulté de communication et hôpital. Commun Organ Rev Sci Francoph En Commun Organ. 1 mai 1994(HS N°1).
20. HUBERT G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. 2006. 42 p.
21. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. 1 oct 2009;38(10):1404-9.
22. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication.
23. Cuny Florence. 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. UHP - Université Henri Poincaré; 2010
24. Le Figaro. 2023. Médecins libéraux : appels à la grève «illimitée» à compter du 13 octobre.
25. Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer, Singuliers généralistes, Presse de l'EHESP, 2010

## Annexes

### INDICE DE KARNOFSKY

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

## Guide entretien (visible uniquement par l'investigateur)

### Données simples :

Sexe :

Age :

Nombre d'années d'activité :

Structure :

VAD ou pas :

Patientèle (nbre) :

Autres activités (EHPAD/hospitalier) :

Type d'exercice (rural/urbain...) :

### Connaissances

°Quels motifs pourraient entrer dans les critères de l'HAD?

Soins ponctuels, de réadaptation, palliatifs

Assistance respiratoire	Nutrition parentérale
Ttt intraveineux	SP
Chimiothérapie	Nutrition entérale
Douleur	Autres ttt
Pansements complexes	Post chir
Reeduc ortho	Reeduc neuro
Surveillance post chimio	Soins de nursing lourd
Education patient et entourage	Surveillance radiothérapie
Transfusion sanguine	Surveillance grossesse à haut risque
Surveillance post partum pathologique	PEC du nouveau né
Surveillance aplasie	PEC psychologique ou social
Sortie précoce de chirurgie	

Connaissez vous le prix moyen d'une journée en HAD ? Comment le financement est indiqué ?

### Expérience

- Avez-vous eu ou avez-vous actuellement un patient en HAD?

- Quels sont/étaient les motifs ?

- Raconter l'expérience :

°Contexte

°Qui a fait la démarche ?

°Avez-vous été prévenu ?

° Y a-t-il des avantages selon vous ?

°Avez-vous rencontré des difficultés ?

° Quels inconvénients ?

°Avis global de l'expérience

- Comment étaient les relations avec l'HAD ? Joignabilité dans les 2 sens, Accessibilité du dossier du patient, au logiciel

- Si qu'une seule expérience, recommenceriez-vous ?

- Si plusieurs expériences, y a-t-il eu des différences ?

- Expériences avec plusieurs HAD ? Préférences ? Pourquoi ?

- Comment améliorer la prise en charge commune avec l'HAD ?

## Résumé

### FACTEURS MOTIVANTS ET LIMITANTS A L'UTILISATION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME

**Introduction :** L'Hospitalisation à domicile joue un réel enjeu dans notre système de santé permettant de réduire les hospitalisations intramuros au profit soins spécialisé réalisés au domicile du patient. Alors qu'elle a connu un essor lors de la crise sanitaire de 2019, son utilisation chute depuis 2021 et la réticence des médecins généralistes faits l'objets de plusieurs études.

**Méthodes :** Nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Somme, ces entretiens ont ensuite été codés à l'aide de verbatims pour en dégager les idées principales.

**Résultats :** Les principales idées dégagées par l'étude rejoignent les données disponibles dans la littérature. Les principaux facteurs motivants retrouvés sont le confort que cela apporte au patient qui peut rester dans un environnement familial auprès de ses proches, la sécurité que la permanence des soins apporte. Les médecins se sentent soutenus par l'équipe d'HAD et profitent d'une palette de soins plus large grâce à l'accès aux thérapeutiques hospitaliers. Globalement, une appréciation positive se dégage des entretiens. Mais il existe de nombreux inconvénients, le sentiment d'exclusion du médecin traitant dans la décision de cette prise en charge, l'aspect chronophage pour ce dernier. Le sentiment d'une relation imposée autant pour le médecin que pour le patient. Bien que la communication entre le médecin et l'HAD ne soit pas un problème, les transmissions sont quant à elles fortement critiquées. Sans oublier la question de la rémunération qui est problème récurrent non pas seulement sur le montant mais surtout sous la forme qui est décrit comme contraignante et non cadrée.

**Conclusion :** Des efforts des deux côtés restent à faire pour améliorer les relations entre l'HAD et les médecins généralistes. Néanmoins, c'est un système qui reste apprécié par ces derniers.

**Mots clés :** Hospitalisation à domicile, médecins généralistes, facteurs motivants et limitants