



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2016

N°

**Hospitalisation à domicile :
Regards croisés sur les indications.
Proposition d'une grille d'aide à l'orientation des
patients en HAD à destination des prescripteurs.**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 15 décembre 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BADOUX Ophélie
Née le 20/04/1989
à Viriat (01)

**LEPINE Marie-Amélie
(épouse RIGOT-MULLER)**
Née le 10/01/1987
à Villeurbanne (69)

Sous la direction de Docteur TARPIN-LYONNET Florence

Université Claude Bernard  Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON EST

ANNÉE 2016

N°

**Hospitalisation à domicile :
Regards croisés sur les indications.
Proposition d'une grille d'aide à l'orientation des
patients en HAD à destination des prescripteurs.**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 15 décembre 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BADOUX Ophélie
Née le 20/04/1989
à Viriat (01)

LEPINE Marie-Amélie
(épouse RIGOT-MULLER)
Née le 10/01/1987
à Villeurbanne (69)

Sous la direction de Docteur TARPIN-LYONNET Florence

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

| | |
|---|------------------------------------|
| Président | Frédéric FLEURY |
| Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales | Pierre COCHAT |
| Directrice Générale des Services | Dominique MARCHAND |
| <u>Secteur Santé</u> | |
| UFR de Médecine Lyon Est | Doyen : Gilles RODE |
| UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux | Doyen : Carole BURILLON |
| Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB) | Directrice : Christine VINCIGUERRA |
| UFR d'Odontologie | Directeur : Denis BOURGEOIS |
| Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR) | Directeur : Xavier PERROT |
| Département de Biologie Humaine | Directrice : Anne-Marie SCHOTT |
| <u>Secteur Sciences et Technologie</u> | |
| UFR de Sciences et Technologies | Directeur : Fabien de MARCHI |
| UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) | Directeur : Yannick VANPOULLE |
| Polytech Lyon | Directeur : Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. | Directeur : Christophe VITON |
| Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA) | Directeur : Nicolas LEBOISNE |
| Observatoire de Lyon | Directrice : Isabelle DANIEL |
| Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE) | Directeur : Alain MOUGNIOTTE |

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

| | | |
|----------------|---------------|--|
| Blay | Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| Cochat | Pierre | Pédiatrie |
| Cordier | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Etienne | Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Gouillat | Christian | Chirurgie digestive |
| Guérin | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mornex | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Ninet | Jacques | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie |
| Philip | Thierry | Cancérologie ; radiothérapie |
| Ponchon | Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Revel | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| Rivoire | Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| Rudigoz | René-Charles | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Thivolet-Bejui | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Vandenesch | François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

| | | |
|---------------|--------------|--|
| Borson-Chazot | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Chassard | Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Claris | Olivier | Pédiatrie |
| D'Amato | Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Delahaye | François | Cardiologie |
| Denis | Philippe | Ophtalmologie |
| Disant | François | Oto-rhino-laryngologie |
| Douek | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| Ducerf | Christian | Chirurgie digestive |
| Finet | Gérard | Cardiologie |
| Gaucherand | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Guérin | Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Herzberg | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Honnorat | Jérôme | Neurologie |
| Lachaux | Alain | Pédiatrie |
| Lehot | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Lermusiaux | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Lina | Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Martin | Xavier | Urologie |
| Mellier | Georges | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Mertens | Patrick | Anatomie |
| Michallet | Mauricette | Hématologie ; transfusion |
| Miossec | Pierre | Immunologie |
| Morel | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| Moulin | Philippe | Nutrition |
| Négrier | Sylvie | Cancérologie ; radiothérapie |

| | | |
|---------------|---------------|--|
| Neyret | Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Nighoghossian | Norbert | Neurologie |
| Ninet | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Obadia | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Ovize | Michel | Physiologie |
| Rode | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| Terra | Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Zoulim | Fabien | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

| | | |
|---------------|-----------------|---|
| André-Fouet | Xavier | Cardiologie |
| Argaud | Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Badet | Lionel | Urologie |
| Barth | Xavier | Chirurgie générale |
| Bessereau | Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| Berthezene | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| Bertrand | Yves | Pédiatrie |
| Boillot | Olivier | Chirurgie digestive |
| Braye | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| Breton | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chevalier | Philippe | Cardiologie |
| Colin | Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Colombel | Marc | Urologie |
| Cottin | Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| Devouassoux | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Di Fillipo | Sylvie | Cardiologie |
| Dumontet | Charles | Hématologie ; transfusion |
| Durieu | Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Ederly | Charles Patrick | Génétique |
| Fauvel | Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| Guenot | Marc | Neurochirurgie |
| Gueyffier | François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Guibaud | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| Javouhey | Etienne | Pédiatrie |
| Juillard | Laurent | Néphrologie |
| Jullien | Denis | Dermato-vénéréologie |
| Kodjikian | Laurent | Ophtalmologie |
| Krolak Salmon | Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Lejeune | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mabrut | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| Merle | Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Mion | François | Physiologie |
| Morelon | Emmanuel | Néphrologie |
| Mure | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| Négrier | Claude | Hématologie ; transfusion |
| Nicolino | Marc | Pédiatrie |
| Picot | Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| Rouvière | Olivier | Radiologie et imagerie médicale |

| | | |
|-----------------|------------|---|
| Roy | Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Ryvlin | Philippe | Neurologie |
| Saoud | Mohamed | Psychiatrie d'adultes |
| Schaeffer | Laurent | Biologie cellulaire |
| Scheiber | Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| Schott-Pethelaz | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Tilikete | Caroline | Physiologie |
| Truy | Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| Turjman | Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| Vallée | Bernard | Anatomie |
| Vanhems | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Vukusic | Sandra | Neurologie |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

| | | |
|-------------------|----------------|---|
| Ader | Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| Aubrun | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Boussel | Loïc | Radiologie et imagerie médicale |
| Calender | Alain | Génétique |
| Chapurlat | Roland | Rhumatologie |
| Charbotel | Barbara | Médecine et santé au travail |
| Chêne | Gautier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Cotton | François | Radiologie et imagerie médicale |
| Crouzet | Sébastien | Urologie |
| Dargaud | Yesim | Hématologie ; transfusion |
| David | Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Di Rocco | Federico | Neurochirurgie |
| Dubernard | Gil | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Ducray | François | Neurologie |
| Dumortier | Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Fanton | Laurent | Médecine légale |
| Fellahi | Jean-Luc | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Ferry | Tristan | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| Fourneret | Pierre | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| Gillet | Yves | Pédiatrie |
| Girard | Nicolas | Pneumologie |
| Gleizal | Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Henaine | Roland | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Hot | Arnaud | Médecine interne |
| Huissoud | Cyril | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Jacquain-Courtois | Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| Janier | Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| Lesurtel | Mickaël | Chirurgie générale |
| Michel | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Million | Antoine | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| Monneuse | Olivier | Chirurgie générale |
| Nataf | Serge | Cytologie et histologie |
| Peretti | Noël | Nutrition |
| Pignat | Jean-Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| Poncet | Gilles | Chirurgie générale |
| Raverot | Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Ray-Coquard | Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |

| | | |
|----------|-----------------|--|
| Rheims | Sylvain | Neurologie |
| Richard | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Robert | Maud | Chirurgie digestive |
| Rossetti | Yves | Physiologie |
| Souquet | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Thaunat | Olivier | Néphrologie |
| Thibault | Hélène | Physiologie |
| Wattel | Eric | Hématologie ; transfusion |

Professeur des Universités - Médecine Générale

| | |
|-------------|---------|
| Flori | Marie |
| Letrilliart | Laurent |
| Moreau | Alain |
| Zerbib | Yves |

Professeurs associés de Médecine Générale

| | |
|-------|--------|
| Lainé | Xavier |
|-------|--------|

Professeurs émérites

| | | |
|------------|-------------|--|
| Baulieux | Jacques | Cardiologie |
| Beziat | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chayvialle | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Daligand | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| Droz | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| Floret | Daniel | Pédiatrie |
| Gharib | Claude | Physiologie |
| Mauguière | François | Neurologie |
| Neidhardt | Jean-Pierre | Anatomie |
| Petit | Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Sindou | Marc | Neurochirurgie |
| Touraine | Jean-Louis | Néphrologie |
| Trepo | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Trouillas | Jacqueline | Cytologie et histologie |
| Viale | Jean-Paul | Réanimation ; médecine d'urgence |

Maîtres de Conférence - Praticiens Hospitaliers

Hors classe

| | | |
|-----------------|-------------|--|
| Benchaib | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Bringuier | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| Dubourg | Laurence | Physiologie |
| Germain | Michèle | Physiologie |
| Jarraud | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Le Bars | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| Normand | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| Persat | Florence | Parasitologie et mycologie |
| Piaton | Eric | Cytologie et histologie |
| Sappey-Marinier | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| Streichenberger | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Timour-Chah | Quadiri | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Voiglio | Eric | Anatomie |

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

| | | |
|--------------------|----------------|---|
| Barnoud | Raphaëlle | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Bontemps | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| Chalabreysse | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Charrière | Sybil | Nutrition |
| Collardeau Frachon | Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Confavreux | Cyrille | Rhumatologie |
| Cozon | Grégoire | Immunologie |
| Escuret | Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Hervieu | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Kolopp-Sarda | Marie Nathalie | Immunologie |
| Lesca | Gaëtan | Génétique |
| Lukaszewicz | Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Maucort Boulch | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Meyronet | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Pina-Jomir | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| Plotton | Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| Rabilloud | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Rimmele | Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Ritter | Jacques | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Roman | Sabine | Physiologie |
| Tardy Guidollet | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| Tristan | Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Venet | Fabienne | Immunologie |
| Vlaeminck-Guillem | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

| | | |
|----------------|----------------|---|
| Casalegno | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Curie | Aurore | Pédiatrie |
| Duclos | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Lemoine | Sandrine | Physiologie |
| Marignier | Romain | Neurologie |
| Phan | Alice | Dermato-vénéréologie |
| Schluth-Bolard | Caroline | Génétique |
| Simonet | Thomas | Biologie cellulaire |
| Vasiljevic | Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques |

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

| | |
|---------|------------|
| Farge | Thierry |
| Pigache | Christophe |

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

| | |
|-------------------------|--|
| BERGERET Alain | Médecine et Santé du Travail |
| BROUSSOLLE Emmanuel | Neurologie |
| BURILLON-LEYNAUD Carole | Ophthalmologie |
| CHIDIAC Christian | Maladies infectieuses ; Tropicales |
| COIFFIER Bertrand | Hématologie ; Transfusion |
| DUBREUIL Christian | O.R.L. |
| FLOURIE Bernard | Gastroentérologie ; Hépatologie |
| FOUQUE Denis | Néphrologie |
| GILLY François-Noël | Chirurgie générale |
| GOLFIER François | Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale |
| GUEUGNIAUD Pierre-Yves | Anesthésiologie et Réanimation urgence |
| LAVILLE Martine | Nutrition |
| LAVILLE Maurice | Thérapeutique |
| MALICIER Daniel | Médecine Légale et Droit de la santé |
| MATILLON Yves | Epidémiologie, Economie Santé et Prévention |
| MORNEX Françoise | Cancérologie ; Radiothérapie |
| MOURIQUAND Pierre | Chirurgie infantile |
| NICOLAS Jean-François | Immunologie |
| PEIX Jean-Louis | Chirurgie Générale |
| SALLES Gilles | Hématologie ; Transfusion |
| SAMARUT Jacques | Biochimie et Biologie moléculaire |
| SIMON Chantal | Nutrition |
| THIVOLET Charles | Endocrinologie et Maladies métaboliques |
| VALETTE Pierre Jean | Radiologie et imagerie médicale |
| VIGHETTO Alain | Neurologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

| | |
|--------------------------------|---|
| ADHAM Mustapha | Chirurgie Digestive |
| ANDRE Patrice | Bactériologie – Virologie |
| BERARD Frédéric | Immunologie |
| BONNEFOY Marc | Médecine Interne, option Gériatrie |
| BONNEFOY- CUDRAZ Eric | Cardiologie |
| BROUSSOLLE Christiane | Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement |
| CAILLOT Jean Louis | Chirurgie générale |
| CERUSE Philippe | O.R.L |
| DES PORTES DE LA FOSSE Vincent | Pédiatrie |
| ECOCHARD René | Bio-statistiques |
| FESSY Michel-Henri | Anatomie |
| FLANDROIS Jean-Pierre | Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière |
| FRANCK Nicolas | Psychiatrie Adultes |
| FREYER Gilles | Cancérologie ; Radiothérapie |
| GEORGIEFF Nicolas | Pédopsychiatrie |
| GIAMMARILE Francesco | Biophysique et Médecine nucléaire |
| GLEHEN Olivier | Chirurgie Générale |

| | |
|---------------------------|---|
| JOUANNEAU Emmanuel | Neurochirurgie |
| KIRKORIAN Gilbert | Cardiologie |
| LANTELME Pierre | Cardiologie |
| LEBECQUE Serge | Biologie Cellulaire |
| LINA Gérard | Bactériologie |
| LLORCA Guy | Thérapeutique |
| LONG Anne | Médecine vasculaire |
| LUAUTE Jacques | Médecine physique et Réadaptation |
| MAGAUD Jean-Pierre | Hématologie ; Transfusion |
| PEYRON François | Parasitologie et Mycologie |
| PICAUD Jean-Charles | Pédiatrie |
| PIRIOU Vincent | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| POUTEIL-NOBLE Claire | Néphrologie |
| PRACROS J. Pierre | Radiologie et Imagerie médicale |
| RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire | Biochimie et Biologie moléculaire |
| SAURIN Jean-Christophe | Hépatogastroentérologie |
| TEBIB Jacques | Rhumatologie |
| THOMAS Luc | Dermato -Vénérologie |
| TRILLET-LENOIR Véronique | Cancérologie ; Radiothérapie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

| | |
|-------------------------|---|
| BARREY Cédric | Neurochirurgie |
| BOHE Julien | Réanimation urgence |
| BOULETREAU Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| CHAPET Olivier | Cancérologie, radiothérapie |
| CHOTEL Franck | Chirurgie Infantile |
| COTTE Eddy | Chirurgie générale |
| DAVID Jean Stéphane | Anesthésiologie et Réanimation urgence |
| DEVOUASSOUX Gilles | Pneumologie |
| DISSE Emmanuel | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| DORET Muriel | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| DUPUIS Olivier | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| FARHAT Fadi | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| FEUGIER Patrick | Chirurgie Vasculaire, |
| FRANCO Patricia | Physiologie |
| GHESQUIERES Hervé | Hématologie |
| KASSAI KOUPAI Berhouz | Pharmacologie Fondamentale, Clinique |
| LASSET Christine | Epidémiologie., éco. santé |
| LEGER FALANDRY Claire | Médecine interne, gériatrie |
| LIFANTE Jean-Christophe | Chirurgie Générale |
| LUSTIG Sébastien | Chirurgie. Orthopédique, |
| MOJALLAL Alain-Ali | Chirurgie. Plastique., |
| NANCEY Stéphane | Gastro Entérologie |
| PAPAREL Philippe | Urologie |
| PIALAT Jean-Baptiste | Radiologie et Imagerie médicale |
| POULET Emmanuel | Psychiatrie Adultes |
| REIX Philippe | Pédiatrie |
| RIOUFFOL Gilles | Cardiologie |
| SALLE Bruno | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| SANLAVILLE Damien | Génétique |
| SERVIEN Elvire | Chirurgie Orthopédique |
| SEVE Pascal | Médecine Interne, Gériatrique |
| TAZAROURTE Karim | Thérapeutique |
| THAI-VAN Hung | Physiologie |
| THOBOIS Stéphane | Neurologie |

TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
LESURTEL Mickaël
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Chirurgie générale
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

MASSIGNON Denis
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric
VIART-FERBER Chantal

Biochimie et Biologie moléculaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
Hématologie – Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre
BREVET Marie
CALLET-BAUCHU Evelyne
COURAUD Sébastien
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine

MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe

Pédiatrie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Hématologie ; Transfusion
Pneumologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction
Biochimie et Biologie moléculaire
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| BRUNEL SCHOLTES Caroline | Bactériologie virologie ; Hyg.hosp. |
| COURY LUCAS Fabienne | Rhumatologie |
| DESESTRET Virginie | Cytologie – Histologie |
| FRIGGERI Arnaud | Anesthésiologie |
| LEGA Jean-Christophe | Thérapeutique |
| LOPEZ Jonathan | Biochimie Biologie Moléculaire |
| MAUDUIT Claire | Cytologie – Histologie |
| MEWTON Nathan | Cardiologie |
| NOSBAUM Audrey | Immunologie |
| VUILLEROT Carole | Médecine Physique Réadaptation |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

| | |
|------------------|--|
| ANNAT Guy | Physiologie |
| BELLON Gabriel | Pédiatrie |
| BERLAND Michel | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| CARRET Jean-Paul | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| DALERY Jean | Psychiatrie Adultes |
| FABRY Jacques | Epidémiologie |
| MOYEN Bernard | Chirurgie Orthopédique |
| PACHECO Yves | Pneumologie |
| PERRIN Paul | Urologie |

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

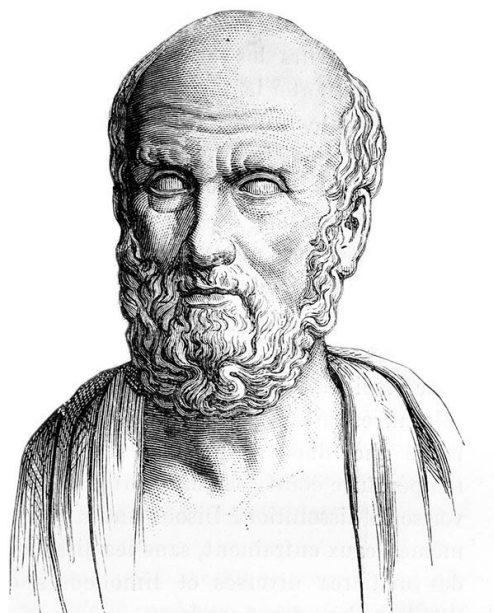
Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.



REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain MOREAU, président du jury, Professeur de médecine générale et coordonnateur du DES de médecine générale. Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Nous avons apprécié la confiance et la bienveillance que vous nous avez accordées tout au long de notre travail. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants en médecine générale.

A Madame le Professeur Isabelle RAY-COQUARD, membre du jury et Professeur en oncologie médicale. Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Soyez assurée de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE, membre du jury et Professeur en médecine, urgentiste. Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Thierry FARGE, membre du jury et Professeur associé de médecine générale. Nous sommes très touchés de votre présence dans ce jury et vous prions de croire à notre profonde gratitude. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail, ainsi que pour le dynamisme et la richesse de votre enseignement dans la formation de médecine générale.

A Madame le Docteur Florence TARPIN-LYONNET, membre du jury, directrice de cette thèse, et praticien hospitalier responsable du service d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Crest. Un immense merci pour ta disponibilité, ton efficacité et ta gentillesse. Tes nombreuses compétences ont été des aides considérables pour la réalisation de ce travail. Tu trouveras ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Au Docteur MONNET, au Docteur AIZAC et au Docteur GIRARD, pour votre gentillesse et votre soutien dans ce travail, sans votre aide précieuse et votre expérience ce travail n'aurait pas été le même. Merci pour votre accueil et notre accompagnement pendant notre internat et encore aujourd'hui.

A toute l'équipe de l'HAD de Crest, pour votre accueil en tant qu'internes puis assistantes. Votre engagement auprès des patients nous a toujours impressionné et stimulé dans ce travail. Nous sommes honorées de rejoindre votre équipe.

Au Professeur Pascal ROY, pour votre aide et votre temps pris pour nous dans l'analyse statistique de nos résultats.

Au laboratoire d'analyses médicales Unibio, pour nous avoir aidé à contacter les médecins généralistes de la Drôme.

Au Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Ardèche, pour nous avoir aidé à contacter les médecins généralistes de l'Ardèche.

Aux patients, avec qui nous avons tant appris sur le plan médical mais surtout sur le plan humain.

Aux relecteurs, Philippe-Martin, Colette, Flavie, Mireille, Yoann, Jean-Marc et Florence.

REMERCIEMENTS DE MARIE-AMELIE

A Ophélie, ma co-interne, co-thésarde, co-assistante et copine, quel boulot, on y est enfin arrivé ! Ce travail ensemble nous a soudé dans les galères et dans les bons moments. Travailler avec toi est un bonheur de tous les jours.

A Yoann, mon amour de toujours et rayon de soleil, qui me supporte depuis tant d'années. Merci pour ton amour, ton soutien et la gestion logistique pendant tout ce travail. Notre aventure continue tous les jours cote à cote. A ton tour maintenant !

A Arthur, qui a vu le jour pendant ce travail, qui a rythmé nos soirées thèse, et qui me remplit de bonheur à chaque instant.

A mes parents, Philippe-Martin et Colette, pour votre amour, votre confiance et votre soutien tout au long de ces longues études. Merci tout simplement pour tout ce que vous m'avez apporté et permis de réaliser.

A mes grands-parents, pour votre soutien, votre attention, votre modèle d'aventure familial et professionnel. A mon grand-père qui a pris un peu (trop) de hauteur pour veiller sur nous...

A Flavie, ma gatounette, toujours à mes côtés, toujours là pour débriefer, pour le modèle de femme que tu es pour moi, merci de ton soutien inconditionnel. A mon filleul Augustin, le petit rigolard adorable et son papa Quentin, mon artiste de beau-frère fun.

A mes frères, Benoît et Antoine, qui m'ont toujours soutenu ("Docteur ma petite sœur? non!") mes belles sœurs Christiane et Alix, pour leur modèle de femme et mère accomplies, mon filleul Etienne, modèle de sagesse, et mes neveux et nièce Pierre, Adrien, Paul-Emile, Thomas et Noémie, pour leur agitation permanente. Une famille qui s'est agrandie pendant toutes ses années.

A ma belle-famille, Gilles et Mireille qui m'ont accueillie depuis plusieurs années et soutenus durant toutes ces années de médecine. A mes beaux-frères Olivier et Loïc, qui me font toujours autant rire, Ariane ma belle-sœur et Hector mon neveu adorable.

A mes oncles et tante, pour avoir suivi mon parcours. Merci à Sophie pour ton soutien en particulier et ta force face aux aléas de la vie.

A ma trentaine de cousins et cousines, certains plus proches que d'autres. Alexia, tu vois ce qui t'attend... j'arrête de faire Aladin maintenant ! Martin et Clem qui ont été comme des petits frère et sœur étant plus jeune. Julia, ma conscrite, les vacances à Tassin ou à Nancy...

A Laura, mon ptit, toujours présente à mes côtés durant toutes ces années, depuis la P2, tu continues à être témoin des grands évènements de ma vie, toujours aussi sensible et pleine d'humour. Merci pour l'amitié que tu me témoignes, même si je persiste à dire que tu es plus petite.

A Aurélie, mon chou, toujours de bonne humeur et toujours là quand j'ai eu besoin de toi, avec tes histoires cocasses, témoin aussi de mon chemin, toujours aussi douce et attentionnée. Merci d'être toujours à mes côtés.

A Solène, ma belle, le sourire et la douceur d'une amie de longue date, toujours présente à mes côtés dans les plus grands moments. Ta démarche volante en ballerines à talon m'a valu des pertes financières. Merci pour ton affection depuis toutes ces années.

A Léonie et Renaut, la vie paraît si douce avec vous deux (quatre), mes amis "tout simplement" avec qui aucun effort n'est nécessaire tellement on se comprend. Merci Renaut d'avoir relancé Yoyo dans sa folie pyromane. Merci Léo pour tous tes massages, tes conseils de maman et de femme accomplie.

A Aurore et Camille, les drômois qui nous ont motivé à découvrir et adopter cette région. Ma ptite Aurore, toujours au taquet, pleine d'affection, nounou en interim, merci pour l'amitié que tu me témoignes depuis les années fac. Merci Camille de toujours être dispo pour sortir Yoyo en VTT.

A Richard, mon "mari" du MP, merci d'avoir supporté mes blagues vaseuses et de m'avoir donné des conseils minceurs pendant 6 mois (et les photos montage pour Isa).

A Héloïse, ma copine maman juste avant moi, qui m'a bien aidé les premiers temps avec Arthur, mon coup de cœur du MP (désolée Richard!). Bien triste de ne pas pouvoir assister à ta thèse, mais t'avais qu'à décaler!

A Arnaud et Fiona, mon couple de perpignanais adoré, avec tous les bons moments de vacances partagés, mon modèle de couple fun. En espérant pouvoir encore partager de bons moments avec vous.

A Seb, Zeb..., c'est évident..., mais c'est pas vrai..., le porc..., la raclette..., bif..., mon deuxième enfant.

A Arnaud, le ci-ci-cibrario le cibrario, la star du JT, j'ai toujours su que tu percerais ! Merci d'avoir toujours été à nos côtés, même de tes montagnes.

A Sarah, la discrète mais toujours là pour les bons plans ski et rigolades, la vraie drômoise qui doit me faire grimper les 3 becs.

A tous mes amis, de collège, lycée et faculté qui m'ont accompagné pendant toutes ces années.

A mes amis d'Erasmus, France et Julien, qui aurait pu penser qu'un jour je passerai ma thèse sans retourner Piazza Yenne pour manger un gelato au yaourt, Anaïs et Andrea, Ruth, les polak...etc...

A tous mes co-internes, Loïc, on a bien rigolé dans cette colloque de Saint Julien improbable ; Dimitri, Marie, Sophie, Raphaëlle, on a bien rigolé à la Croix Rousse ; Aurélie et Emmanuelle, avec l'exubérante Madame Avillac ; Aurélien et Elsa, en vadrouille à l'HAD, toujours avec des provisions des patients et des appels SAMU folkloriques (hein Elsa!)

Au Dr. Fauché, pour votre gentillesse et votre enseignement de la médecine ambulatoire, j'ai découvert la médecine générale grâce à vous, merci pour la richesse de votre enseignement.

A l'équipe de médecine polyvalente de Valence, merci à Emmanuel, Thierry et Didier pour la richesse de votre enseignement. L'accueil dans ce service restera un de mes meilleurs stages avec des rencontres riches, en particulier avec Isabelle, Myriam, Gabrielle, Julie, Emily, Marie-Laure.

Aux secrétaires, Corinne et Alexandra, Rosie et Jacqueline, avec qui j'ai partagé 6 mois de bonheur en médecine générale.

Aux différentes équipes de mes autres stages d'internat, les urgences de Saint Julien avec Dr. Ribot, les urgences de la Croix Rousse avec Dr. Pagliaroni, la pédiatrie avec le Dr. Avillac.

REMERCIEMENTS D'OPHELIE

A Amélie. Merci à toi pour tous les moments qu'on a partagé ensemble, de l'internat à l'assistantat, en passant par... the thèse ! Une belle aventure riche en émotions, que je n'oublierai pas. Merci aussi à toi **Yoann** pour nous avoir supportées, et merci à **Arthur** pour ses sourires.

A MA FAMILLE

A Mamie Jacqueline, à toi qui étais si fière de moi et qui m'a fait découvrir l'HAD malgré toi. Mes études ont été trop longues pour que tu sois là, tu as pris un peu trop de hauteur pour veiller sur moi. Tu n'as pas été étrangère au choix de mon orientation professionnelle. Je te dédie aujourd'hui ce travail et t'envoie tout mon amour.

A mes grands-parents, Papy Raymond, Papi & Mamie Badoux. Merci de votre soutien et vos attentions tout au long de mon parcours. Votre présence aujourd'hui me réchauffe le cœur et j'espère que vous êtes fiers de moi.

A mes parents, Catherine & Jean-Paul. Pour votre amour, votre confiance et votre soutien tout au long de mes études. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et permis de réaliser. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous.

A mon frère Aurélien. Merci pour ton soutien et tes mots doux. En ta présence aujourd'hui, le petit poney devient docteur, un vrai. **Et à ma belle-sœur Alison.** Merci de prendre soin de mon ptit frère et pour ton soutien.

A mes oncles et tantes. Merci pour votre attention tout au long de mes études, que vous avez su rythmer avec de bon repas de famille !

A mes cousins Sébastien, Fabien, Laurent et Florence. Merci pour vos fous rires et vos bêtises. Devenir docteur, une belle occasion pour boire un coup, non ?!

A mes cousins Margot, Tom, Antoine & Marie. Vous m'avez apporté des sourires et de l'affection trop mimi. Antoine et Marie vous avez commencé l'aventure « médecine » avec moi.

A ma famille par monts et par vaux, toujours attentive à l'avancement de mes études. Merci.

AUX MEDECINS & SOIGNANTS

Au Dr COUTURIER, le premier docteur que j'ai rencontré. Vous m'avez vu grandir et avez toujours cru en moi. Merci d'avoir pris soin de ma famille.

Aux Dr CACHOUX, Dr DESBOIS, Dr JACQUOT et Dr VAILLER. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale au cours de mon externat. Vous n'êtes pas étranger à mon choix de spécialité : la médecine générale.

Aux Dr FARGE, Dr FAUCHE et Dr DEVEYT. Merci d'avoir partagé vos connaissances, votre expérience et votre passion pour la médecine générale. « Prendre un peu de chacun », voilà ce que vous m'avez dit. J'espère alors devenir un médecin aussi bien que vous. Merci pour votre dévouement et votre engagement auprès des internes.

Au Dr TARPIN-LYONNET, pour ton investissement sans égal. Merci de m'avoir prise sous ton aile.

A toute l'équipe des Urgences de Romans. Merci à tous de m'avoir fait confiance dans mes premiers pas d'interne et de m'avoir soutenue durant mon internat.

A toute l'équipe de Gériatrie et de Néphrologie de Romans. Merci pour tout ce que vous m'avez appris et votre confiance.

A MES AMIS

A Marie, mon amie de toujours et ce jusqu'à la Marpa et au-delà. Merci pour ton soutien, tes encouragements et ta force de vie.

A Sandrine, ma confidente du lycée. Merci d'avoir été là et d'avoir toujours eu confiance en moi.

Aux dijonnaises Elodie, Inès, Floriane, Camille et Claire. Autant de délires, de voyages, et de soutien qui ont accompagné mon externat.

A mes co-internes du 1^{er} semestre, Anne-Claire, Eléonore, Claire, Margaux, Emeric et Victor et ceux de l'internat de Romans, Agathe, Aurore, Christophe, Florian, Julie, Ninon, Olivier, et les autres. Un semestre inoubliable avec vous, des fous rires, des plâtres, des balades, des retrouvailles, que du bonheur ! **Mais aussi à vos pièces rapportées Anne-Laure, Maxime, Olivier, ...** Vous nous avez supportés dans tous nos états et vous êtes toujours revenus !

A mes belles rencontres de l'internat Claire, Camille & Noélie. Merci pour ces soirées tisanes, chocolat et vin rouge. Et Camille, merci pour l'expérience de la garde partagée de notre petit Badou.

A Claire, Olivier, Julie, Christophe, Charlotte, Arnaud, Anne-Claire, Olivier. Merci d'être toujours là pour aller prendre un verre !

A ma colocute Anne-Claire, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci pour tout ♥. Notre colocation avec **Olivier** restera un super souvenir. Que de bons moments. Merci pour l'amour que vous laissez transparaître.

A Eléonore et Maxou. Merci pour votre accueil perpétuel chez vous ou aux Philippines. Vous respirez le bonheur, merci pour votre soutien.

A Christophe et Julie. Deux caractères dont je ne pourrais me passer. Du rire aux larmes, des confidences aux bisous, je sais que je peux compter sur vous. Merci.

A Agathe. Merci pour tous les bons moments qu'on a pu partager et de prendre soin nous tous.

A Claire, un ange gardien arrivé à Romans, la naissance d'une belle amitié. Aller de l'avant, merci !

A Chloé, une belle rencontre du Syrel. Merci de partager tant de choses avec moi et d'être toujours là. Valence est à nous ;)

A Aurore. Merci de m'avoir apporté des moments de bonheur avec tes p'tits loups.

A l'équipe du Syrel. Parce qu'on a passé des bons moments malgré tout !

A Carine. Merci de m'avoir divertie de mes études avec la boulangerie et de m'avoir toujours soutenue et boostée. **Et à Coco**. Merci pour votre soutien répété et votre écoute.

A Karine. Merci de m'avoir accompagnée au lycée et encore aujourd'hui. Je suis contente de voir que Camille prend le même chemin, un beau chemin.

« C'est dans la rosée des petites choses que le cœur trouve son matin et se rafraîchit. » (Le Prophète – Khalil Gibran)

A Lulu et sa « petite » famille. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté, pour votre générosité. La joie de la vie de famille nombreuse, les repas de Noé, les chants, le miel, ... et votre accueil. Merci Lulu de m'avoir appris à parler correctement et dire non !

A Patricia. Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour toutes les cures de rires et pour cette colocation. Tu as un cœur immense à l'écoute de tous les maux. Merci pour tout. Merci aussi à ton patrimoine génétique et rapporté, pour tous ces moments de rire et de folie qu'on a pu partager.

« Un peu de folie est nécessaire pour faire un pas de plus. » (Sénèque)

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| ABREVIATIONS | 24 |
| INTRODUCTION | 26 |
| 1. HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) | 26 |
| 1.1. Origine et développement : un positionnement flou de l'HAD résultant de définitions ambiguës | 26 |
| 1.2. Le cadre légal | 27 |
| 1.3. Organisation actuelle de l'HAD..... | 29 |
| 1.3.1. Prescription d'HAD | 29 |
| 1.3.2. Les équipes de soins..... | 29 |
| 1.3.3. La gestion logistique | 31 |
| 1.3.4. La permanence des soins | 31 |
| 1.3.5. Les différents types d'HAD | 31 |
| 1.4. L'HAD à l'étranger..... | 31 |
| 1.5. Le modèle tarifaire français..... | 32 |
| 1.6. Les référentiels d'activité | 34 |
| 1.7. Fragilité de l'HAD | 34 |
| 1.8. Les travaux actuels sur l'HAD | 35 |
| 2. REVUE DE LA LITTERATURE | 36 |
| 2.1. Soins ponctuels | 36 |
| 2.1.1. Assistance respiratoire | 36 |
| 2.1.2. Nutrition parentérale | 38 |
| 2.1.3. Traitement intraveineux | 39 |
| 2.1.4. Chimiothérapie anticancéreuse..... | 40 |
| 2.1.5. Nutrition entérale | 41 |
| 2.1.6. Autres traitements | 41 |
| 2.1.7. Pansements complexes | 41 |
| 2.1.8. Transfusion sanguine | 42 |
| 2.2. Soins continus | 43 |
| 2.2.1. Soins palliatifs..... | 43 |
| 2.2.2. Prise en charge de la douleur | 45 |
| 2.2.3. Surveillance post-chimiothérapie | 46 |
| 2.2.4. Nursing lourd / gériatrie..... | 46 |
| 2.2.5. Surveillance de radiothérapie | 47 |
| 2.2.6. Surveillance d'aplasie | 47 |
| 2.3. Réadaptation à domicile..... | 47 |
| 2.3.1. Post traitement chirurgical | 47 |
| 2.3.2. Rééducations neurologique et orthopédique | 48 |
| 2.3.3. Education du patient et/ou de son entourage..... | 49 |
| 2.3.4. Prise en charge psycho-sociale..... | 49 |
| 2.4. Conclusion de la revue de la littérature..... | 50 |
| 3. JUSTIFICATION DE L'ETUDE | 51 |

| | |
|---|-----------|
| <u>MATERIELS ET METHODE</u> | 52 |
| 1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE | 52 |
| 2. POPULATION ETUDIEE | 53 |
| 3. TYPE D'ETUDE | 53 |
| 4. CRITERES DE JUGEMENT | 54 |
| 4.1. Critère de jugement principal..... | 54 |
| 4.2. Critère de jugement secondaire..... | 54 |
| 5. RECUEIL DES DONNEES | 54 |
| 5.1. Outils | 54 |
| 5.2. Questionnaires | 54 |
| 5.3. Déroulement de l'étude | 55 |
| 5.3.1. Médecins généralistes | 55 |
| 5.3.1.A. Ardèche..... | 55 |
| 5.3.1.B. Drôme..... | 56 |
| 5.3.2. Médecins hospitaliers..... | 56 |
| 5.3.3. Médecins coordonnateurs d'HAD | 57 |
| 6. ANALYSE DESCRIPTIVE | 57 |
| 7. TRAVAIL EN BINOME | 58 |
| | |
| <u>RESULTATS</u> | 59 |
| 1. TAUX DE REPONSE | 59 |
| 1.1. Médecins généralistes..... | 59 |
| 1.1.1. Ardèche..... | 59 |
| 1.1.2. Drôme..... | 59 |
| 1.1.3. Flow chart..... | 59 |
| 1.2. Médecins hospitaliers | 59 |
| 1.3. Médecins coordonnateurs d'HAD..... | 59 |
| 1.4. Global | 60 |
| 2. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS | 61 |
| 2.1. Caractéristiques de la population | 61 |
| 2.1.1. Caractéristiques socio-démographiques | 61 |
| 2.1.2. Expérience avec l'HAD | 63 |
| 2.1.3. Connaissance des modes de prise en charge en HAD | 63 |
| 2.2. Critère de jugement principal..... | 64 |
| 2.3. Critère composite binaire..... | 64 |
| 2.4. Critère de jugement principal & critère composite binaire: En résumé | 65 |
| 2.5. Les modes de prise en charge | 65 |
| 2.5.1. Assistance respiratoire | 65 |
| 2.5.2. Nutrition parentérale | 66 |

| | |
|--|----|
| 2.5.3. Nutrition entérale | 67 |
| 2.5.4. Traitements intraveineux | 68 |
| 2.5.5. Soins palliatifs..... | 69 |
| 2.5.6. Chimiothérapie anticancéreuse..... | 71 |
| 2.5.7. Prise en charge de la douleur | 72 |
| 2.5.8. Autres traitements | 73 |
| 2.5.9. Pansements..... | 74 |
| 2.5.10. Post-traitement chirurgical | 75 |
| 2.5.11. Rééducation orthopédique | 75 |
| 2.5.12. Rééducation neurologique..... | 76 |
| 2.5.13. Surveillance post chimiothérapie | 76 |
| 2.5.14. Soins de nursing lourds..... | 77 |
| 2.5.15. Education du patient et/ou de son entourage..... | 78 |
| 2.5.16. Surveillance de radiothérapie | 79 |
| 2.5.17. Transfusion sanguine..... | 80 |
| 2.5.18. Surveillance d'aplasie | 81 |
| 2.5.19. Prise en charge psychologique ou sociale | 82 |
| 2.5.20. Libéral exclusif ou HAD ?..... | 83 |
| 2.5.21. Pour améliorer votre pratique courante, que manquerait-il dans les critères d'admission en HAD ?..... | 83 |

| | |
|---|-----------|
| 3. ASSOCIATIONS SCORES DE CONNAISSANCE – GROUPES DE MEDECINS – NIVEAU DE PRECISION DES INDICATIONS | 85 |
| 3.1. Association scores de connaissance – groupes de médecins..... | 85 |
| 3.2. Association scores de connaissance – niveau de précision des indications | 86 |

DISCUSSION.....87

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....87

| | |
|--|----|
| 1.1. FORCES DE L'ETUDE | 87 |
| 1.1.1. Résultats de l'étude | 87 |
| 1.1.2. Méthodologie innovante sur le sujet..... | 87 |
| 1.1.3. Etablissement d'une grille d'aide à l'orientation des patients..... | 87 |
| 1.1.4. Travail à deux..... | 87 |
| 1.2. LIMITES DE L'ETUDE | 88 |
| 1.2.1. Limites liées au référentiel actuel | 88 |
| 1.2.2. Limites liées à la non homogénéité des pratiques..... | 88 |
| 1.2.3. Limites liées à la méthodologie | 89 |
| 1.2.3.1. Type d'étude | 89 |
| 1.2.3.2. Support de l'étude | 89 |
| 1.2.3.3. Biais de sélection | 89 |
| 1.2.3.4. Biais d'information..... | 90 |
| 1.2.3.5. Biais d'interprétation..... | 91 |

2. DISCUSSION DES RESULTATS.....91

| | |
|--|-----------|
| 2.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE ET SA REPRESENTATIVITE | 91 |
| 2.1.1. Médecins généralistes | 91 |
| 2.1.1.1. Sexe..... | 91 |
| 2.1.1.2. Age | 91 |
| 2.1.1.3. Secteur d'activité..... | 92 |
| 2.1.1.4. Mode d'exercice..... | 92 |

| | |
|---|------------|
| 2.1.2. Médecins hospitaliers..... | 92 |
| 2.1.2.1. Sexe..... | 92 |
| 2.1.2.2. Age..... | 93 |
| 2.1.3. Médecins coordonnateurs HAD..... | 93 |
| 2.1.3.1. Sexe & Age | 93 |
| 2.1.3.2. Ancienneté..... | 93 |
| 2.2. LES MODES DE PRISE EN CHARGE..... | 93 |
| 2.2.1. Soins ponctuels..... | 93 |
| 2.2.1.1. Assistance respiratoire..... | 94 |
| 2.2.1.2. Nutrition parentérale..... | 94 |
| 2.2.1.3. Nutrition entérale..... | 95 |
| 2.2.1.4. Traitements intraveineux..... | 96 |
| 2.2.1.5. Chimiothérapie anticancéreuse..... | 97 |
| 2.2.1.6. Autres traitements | 97 |
| 2.2.1.7. Pansements complexes | 98 |
| 2.2.1.8. Transfusion sanguine..... | 99 |
| 2.2.1.9. Conclusion : soins ponctuels..... | 99 |
| 2.2.2. Soins Continus | 100 |
| 2.2.2.1. Soins palliatifs | 100 |
| 2.2.2.2. Prise en charge de la douleur | 102 |
| 2.2.2.3. Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse..... | 102 |
| 2.2.2.4. Soins de nursing lourds..... | 103 |
| 2.2.2.5. Surveillance de radiothérapie | 104 |
| 2.2.2.6. Surveillance d'aplasie | 104 |
| 2.2.2.7. Conclusion : soins continus | 104 |
| 2.2.3. Réadaptation à domicile..... | 105 |
| 2.2.3.1. Education du patient et/ou de son entourage..... | 105 |
| 2.2.3.2. Post traitement chirurgical..... | 106 |
| 2.2.3.3. Rééducations neurologique et orthopédique | 107 |
| 2.2.3.4. Prise en charge psycho-social..... | 108 |
| 2.2.3.5. Conclusion : réadaptation à domicile | 108 |
| 2.2.4. Libéral exclusif | 108 |
| 2.2.5. Conclusion sur les différentes indications du référentiel de l'ATIH..... | 109 |
| 2.3. DISCUSSION DES RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE | 110 |
| 2.4. VERS DE NOUVEAUX HORIZONS..... | 111 |
| 2.4.1. Vers de nouvelles indications..... | 111 |
| 2.4.2. Une revalorisation de l'HAD en cancérologie | 112 |
| 3. PERSPECTIVE : | |
| CREATION D'UNE GRILLE D'AIDE A L'ORIENTATION DES PATIENTS EN HAD | 113 |
| 3.1. Elaboration | 113 |
| 3.2. Grille proposée..... | 113 |
| <u>CONCLUSIONS</u> | 115 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 117 |

| | |
|---|------------|
| ANNEXES | 122 |
| ANNEXE 1 : Référentiel ATIH 2015 | 122 |
| ANNEXE 2 : Indice de Karnofsky..... | 130 |
| ANNEXE 3 : Questionnaire Médecins généralistes | 131 |
| ANNEXE 4 : Questionnaire Médecins hospitaliers | 135 |
| ANNEXE 5 : Questionnaire Médecins HAD | 140 |
| ANNEXE 6 : Référentiel de réponses établi et utilisé pour le score de connaissance..... | 145 |
| ANNEXE 7 : Référentiel de Soins palliatifs..... | 148 |

ABREVIATIONS

ACP : Analgésie contrôlée par le patient (=PCA)

AP-HP : Assistance publique des Hôpitaux de Paris

ARH : Agences régionales de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BDSP : Banque de données en santé publique

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CISMEF : Catalogue et index des sites médicaux de langue française

CJP : Critère de jugement principal

CLB : Centre Léon Bérard

CME : Commission médicale d'établissement

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (ventilation en pression positive continue)

CSP : Code de santé publique

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DRH : Direction des ressources humaines

DIM : Département de l'information médicale

EFS : Etablissement Français du sang

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPO : Erythropoïétine

ETP : Equivalent temps plein

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

GHPC : Groupe homogène de prise en charge

GHT : Groupe homogène de tarifs

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

HPST : Hôpital, patient, santé et territoires

IDE : Infirmière diplômée d'état
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IK : Indice de Karnofsky
IM : Intramusculaire
IV : Intraveineux
MA : Mode de prise en charge associé
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MEOPA : Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote
MG : Médecin généraliste
MH : Médecin hospitalier
MHAD : Médecin coordonnateur d'HAD
MP : Mode de prise en charge principal
NA : Nutrition artificielle
NE : Nutrition entérale
NP : Nutrition parentérale
PCA : Patient Controlled Analgesia (=ACP)
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PUI : Pharmacie à usage interne
QROC : Question à réponse ouverte courte
RPSS : Résumé par sous-séquence
SAMU : Service d'aide médicale d'urgence
SC : Sous-cutanée
SEP : Sclérose en plaque
SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation
TPN : Thérapie par pression négative
T2A : Tarification à l'activité
URPS : Unité régionale des professionnels de santé
VAC : Vacuum Assisted Closure
VAD : Visite à domicile

INTRODUCTION

1. HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

1.1. Origine et développement : un positionnement flou de l'HAD résultant de définitions ambiguës

La naissance du principe de l'hospitalisation à domicile (HAD) en France remonte à 1951 avec une première expérience à l'hôpital Tenon à Paris. Mais ce n'est qu'en 1957 que le premier véritable service d'HAD apparaît avec la création de l'HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), puis de Santé Services à Puteaux.

Bien qu'une convention ait été signée en 1961 entre ces deux premières HAD et l'Assurance Maladie, il faut attendre la loi hospitalière du 31 décembre 1970 (1) pour que cette forme d'hospitalisation soit officiellement reconnue. L'HAD est alors définie comme un prolongement de l'hôpital conventionnel. Ce cadre favorise l'essor de l'HAD, dans le secteur public essentiellement mais aussi dans le secteur privé non lucratif.

En 1974, la circulaire de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) cherche à mieux identifier l'hospitalisation à domicile parmi les autres modes de prise en charge.

Après une certaine stagnation dans les années 80 liée à de multiples facteurs (réticences des prescripteurs hospitaliers, prudence accrue de l'Assurance Maladie et des autorités de tutelle...), une nouvelle phase s'ouvre avec la loi de 1991 (2) qui reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation complète. Ce texte et ses décrets d'application fixent les règles constitutives de l'HAD : médecin coordonnateur, cadre infirmier, permanence des soins et continuité de la prise en charge. Dans le même temps, ils instaurent le mécanisme du « taux de change » qui, dans les zones excédentaires, impose pour toute création de place en HAD la fermeture d'un à deux lits d'hospitalisation à temps complet. Malgré cela, le nombre de structures passe de 40 en 1992 à 62 en 2000.

Pour la première fois en 1992, c'est le pouvoir réglementaire qui définit, par le décret du 2 octobre 1992 (3) , la fonction de ces « structures de soins alternatives » : elles ont pour objet « d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée ». La notion de soins continus et coordonnés apparaît. Une différenciation avec le secteur libéral est faite avec la notion de complexité des soins et de fréquence importante des actes.

L'instauration de la Tarification à l'activité (T2A) et la suppression du « taux de change » ont conduit à un essor considérable de l'HAD au cours des années 2000, avec une accélération depuis 2005. Le nombre d'établissements autorisés, qui dépassait à peine la soixantaine à la fin des années 90, atteint 123 en 2005, 293 en 2009. Le rythme de progression reste en deçà des objectifs fixés par

la circulaire de 2013 avec des disparités géographiques importantes. La hausse d'activité est de + 4,7% en 2013, +1,9% en 2014 et de +3,2% en 2015, ce qui représente environ 4,5 millions de journées d'hospitalisation (4).

1.2. Le cadre légal

L'HAD a été intégrée dans la régulation du système de santé dès le début des années 1970. Son essor a toutefois été freiné par la planification sanitaire. A partir de 2000 et surtout de 2003, le ministère de la santé a engagé une politique volontariste de soutien au développement de l'HAD.

Les établissements d'HAD de par leur statut d'établissement de santé, sont soumis au code de santé publique (CSP), avec l'article L.6111-1 (5) qui précise que ces établissements « *délivrent des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile* ». Ils ont donc pour mission « d'assurer au domicile du malade, pour une durée limitée, mais révisable en fonction de l'évolution de son état, des soins médicaux et para-médicaux continus et coordonnés » selon l'article R. 6121-4-1 du CSP (6).

La circulaire ministérielle du 30 mai 2000 (7) clarifie ainsi le champ d'application de l'HAD : « *l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou, chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé* ». Par ailleurs, elle intègre la typologie des actes pouvant être réalisés à domicile et précise les rôles respectifs du médecin traitant, du médecin coordonnateur et du médecin hospitalier. Cette circulaire organise les soins dispensés en HAD en trois catégories :

- Soins ponctuels : « *soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple)* ».
- Soins continus : « *associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive* ».
- Réadaptation à domicile : « *est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie* ».

Les freins au développement de l'HAD ont surtout été levés par les dispositions de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 (8) portant sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Ce texte a libéré l'HAD des contraintes de la carte sanitaire en supprimant « le taux de change » qui limitait la création de places d'HAD en la liant à la suppression de lits d'hospitalisation complète. Ce même texte a facilité la prise en compte de l'HAD par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en l'imposant dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)

Par la suite, deux circulaires prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003 ont clarifié le positionnement de l'HAD dans le système de santé.

La circulaire du 4 février 2004 (9) précise les modalités de prise en charge générale.

Celle du 1er décembre 2006 (10) rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations (sécurisation pharmaceutique, soins palliatifs, continuité des soins), le rôle des différents acteurs internes et externes et son positionnement au sein de l'offre de soins locale.

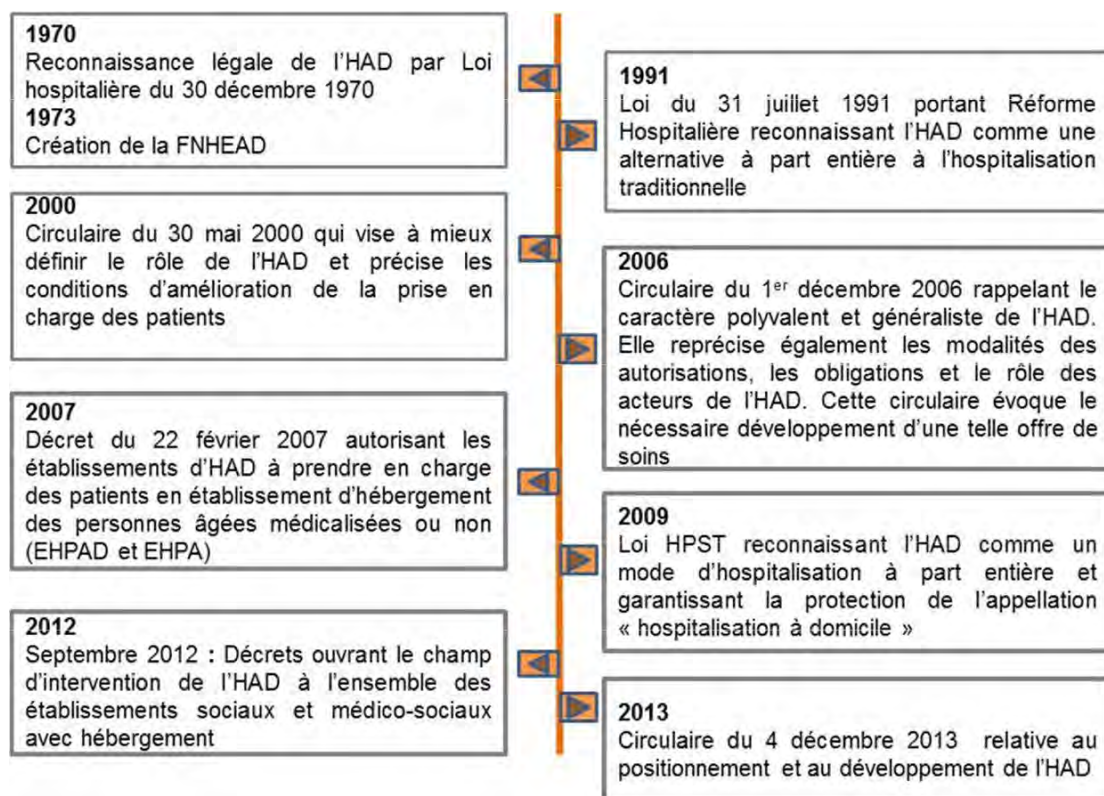
Dans la dernière période, cette orientation « facilitante » s'est confirmée. L'HAD n'a pas été soumise au dispositif d'objectifs quantifiés de l'offre de soins qui s'applique aux établissements hospitaliers de MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Son intervention en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été autorisée en 2007 (11). Le code de santé publique précise alors que « *les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement, et si son admission en HAD répond à des conditions de prise en charge définies par arrêté ministériel* ».

Enfin, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) » du 22 juillet 2009 (12) contient plusieurs dispositions concernant l'HAD, qui visent notamment à :

- Garantir la protection de l'appellation « Hospitalisation à Domicile » contre les abus éventuels,
- Donner une définition assez large de la notion de « domicile »,
- Reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle,
- Assouplir le circuit du médicament en HAD.

Les HAD peuvent être autonomes ou rattachées à un établissement de santé ayant une activité d'hospitalisation dite « classique ». L'autorisation d'activité de soins est délivrée par l'agence régionale de santé (ARS) sur un territoire déterminé pour une durée de cinq ans renouvelable.

Schéma 1. Cadre réglementaire de l'HAD



1.3. Organisation actuelle de l'HAD

1.3.1. Prescription d'HAD

L'hospitalisation à domicile fait obligatoirement l'objet d'une prescription médicale. Celle-ci émane soit d'un praticien à la suite d'une consultation hospitalière ou d'une hospitalisation dans un établissement de santé avec hébergement soit du médecin traitant. En 2013, 66% des patients provenaient d'un transfert ayant pour origine une hospitalisation en MCO et 29% provenaient du domicile, les 5% restant avaient des origines diverses (SSR, urgences...).

1.3.2. Les équipes de soins

L'équipe pluridisciplinaire de l'HAD se compose ainsi :

- Le médecin traitant : il est le pivot de l'organisation de l'hospitalisation à domicile, qu'il soit ou non le prescripteur. Il est responsable de la prise en charge du patient dont il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites. Il donne son aval à l'admission en HAD par un accord de prise en charge qui le lie avec l'équipe de soins de l'HAD. Il participe à l'élaboration du protocole de soins qu'il valide avec le médecin prescripteur et le médecin

coordonnateur. L'ensemble de ces éléments doit être formalisé dans un contrat type liant le médecin traitant et l'HAD. De nombreuses thèses de médecine générale évaluent la place du médecin généraliste en HAD. Le ressenti des médecins généralistes sur l'HAD est très variable selon les régions, mais le sentiment d'exclusion des prises en charge est souvent retrouvé. Le travail de lien et de coordination entre tous les intervenants est la base de l'HAD.

- Le médecin coordonnateur de l'HAD : il est le référent médical de l'établissement d'HAD. Son rôle est de veiller à la bonne transmission des informations médicales et au bon accomplissement des actes. Il participe à l'évaluation des soins, il assure la liaison et la coordination avec le médecin traitant et le médecin hospitalier. Il émet un avis signé pour toute admission d'un patient en HAD. Il signe le protocole de soins, préalablement élaboré et validé en totale concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, ainsi que la sortie de l'HAD après décision prise conjointement avec le médecin traitant. En théorie, le médecin coordonnateur ne prescrit pas et ne soigne pas, il ne se substitue pas au médecin traitant sauf urgence absolue. En pratique, on constate que le partage des rôles entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant varie d'un établissement à l'autre et d'un praticien à l'autre ; la place du médecin traitant allant de la prise en charge totale du patient au cantonnement aux affections intercurrentes avec, symétriquement, une intervention prépondérante du médecin coordonnateur. Ces éléments ont été relevés par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de Novembre 2010 (13).
- L'infirmier de coordination : il assure les fonctions de coordination des soins auprès des personnels paramédicaux avec l'appui du médecin coordonnateur. Cette fonction n'est pas obligatoire et sa présence dépend de l'organisation de chaque structure.
- L'équipe chargée de l'exécution des soins : composée de professionnels paramédicaux (Infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, diététiciennes, podologues pédicures, ergothérapeutes,...) qui peuvent être salariés de la structure ou bien de statut libéral. Elle délivre quotidiennement tous les soins prévus dans le projet thérapeutique du patient à son domicile.
- L'équipe psychosociale : elle assure le bon déroulement social, psychologique et administratif de la prise en charge. Le service social évalue les conditions de vie au domicile. Il est en contact permanent avec les équipes paramédicales et engage les démarches nécessaires auprès des organismes sociaux et services à domicile (aide-ménagère, repas à domicile,...). Le psychologue accompagne et soutient le patient et son entourage selon les besoins identifiés par les soignants.

- Le pharmacien : qu'il exerce en officine de ville ou au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de l'établissement auquel est adossée l'HAD, il est le garant de la sécurité du circuit du médicament. Il contrôle ce circuit depuis la prescription du médicament jusqu'à la délivrance au patient.

1.3.3. La gestion logistique

En tant que service d'hospitalisation, l'HAD fournit la totalité des médicaments et matériels nécessaires à la prise en charge du patient. Pour cela l'HAD fait appel à une officine de ville ou à une PUI pour les médicaments et à des prestataires spécialisés pour le matériel médical (lit médicalisé, fauteuil,...). L'ensemble des acteurs partenaires de l'HAD doit au préalable signer une convention fixant les modalités du partenariat.

1.3.4. La permanence des soins

L'établissement d'hospitalisation à domicile doit assurer la continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours sur 365. Une astreinte paramédicale est obligatoire, en revanche il n'y a pas d'obligation pour l'HAD d'assurer une astreinte médicale. Certains établissements ont mis en place une astreinte médicale avec le médecin coordonnateur de l'HAD, pour les autres, la permanence des soins est réalisée par le circuit de ville classique. La circulaire DHOS n° 506 du 1er décembre 2006 (10) rappelle que le centre 15 et le SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) n'ont pas pour vocation de se substituer à la permanence des soins en HAD.

1.3.5. Les différents types d'HAD

Les établissements d'hospitalisation à domicile peuvent avoir divers statuts : public, établissement de santé d'intérêt collectif, privé associatif, privé lucratif et être soit associés à un établissement de santé avec hébergement soit indépendants.

1.4. L'HAD à l'étranger

Les comparaisons entre les différents pays sont difficiles tant les organisations sont différentes : dans les pays anglo-saxons en particulier, la notion de soins à domicile (« home care ») peut recouvrir des prises en charge complexes, tandis que les dispositifs appelés hospitalisation à domicile (« hospital at home ») ne sont pas nécessairement organisés ou financés comme les établissements de santé conventionnels.

L'offre de soins alternative à l'hospitalisation classique pour diminuer la durée d'hospitalisation ou pour éviter l'hospitalisation traditionnelle a été favorisée en Australie dans les années 1990. Plusieurs modes de fonctionnement coexistent :

- le rattachement à un hôpital, les soins étant dispensés par du personnel hospitalier, rattaché ou non à une spécialité
- le rattachement à l'hôpital, les soins étant dispensés soit par du personnel hospitalier soit par du personnel ambulatoire
- l'organisation extra hospitalière, les soins étant généralement dispensés par du personnel ambulatoire.

Au Royaume Uni, deux modes d'organisation se dégagent :

- « hospital trust » (niveau plutôt secondaire) : il s'agit généralement d'une sortie anticipée, avec une prise en charge par une équipe complète, le médecin référent étant le spécialiste hospitalier (« consultant »), le médecin traitant n'intervenant pas ;

- « community trust » (niveau primaire) : il s'agit plutôt d'une hospitalisation évitée, avec une prise en charge par des « community nurses », et le médecin généraliste comme référent. Ce système s'appuie également sur du personnel infirmier spécialisé (« community superior nurses ») formé à l'examen clinique et à la prescription.

Des activités hospitalières à domicile se sont également mises en place en Catalogne, en faveur de patients hospitalisés aux urgences pour des décompensations aiguës de maladies chroniques et en gériatrie. Là aussi la prise en charge est assurée par du personnel hospitalier.

Des expériences étrangères, on peut plus généralement retenir les aspects suivants :

- un but commun de substitution à l'hospitalisation (raccourcissement des séjours et prévention des réadmissions) ;
- une différenciation des patients aigus et chroniques ;
- une distinction moins nette entre les différents niveaux de soins à domicile, mais des prises en charge peut-être moins techniques dans certains cas ;
- des indicateurs portant sur les taux de réadmission des patients et les hospitalisations évitées, peu étudiés en France à ce stade.

1.5. Le modèle tarifaire français

Sur le plan économique et budgétaire, l'HAD est facturée à l'activité (tarification à l'activité : T2A). Les tarifs appliqués visent à couvrir l'ensemble des moyens mobilisés par la structure pour la prise en charge du patient hospitalisé à domicile (moyens humains, matériels, techniques...), à l'exception des produits facturés en sus.

Depuis le 1er janvier 2005, l'ensemble des structures d'HAD (publiques et privées) mettent en œuvre un recueil d'informations médicalisées systématique, sous la forme de résumés par sous-séquences (RPSS). Chaque sous-séquence de soins est définie par un groupe homogène de prise en charge (GHPC) qui consiste en une combinaison de 3 éléments :

- un mode de prise en charge principal (MP) ;
- un mode de prise en charge associé (MA) ;
- un indice de Karnofsky (IK) : mesure de la dépendance (*Annexe 2*).

Chaque groupe homogène de prise en charge (GHPC) est affecté d'un indice de pondération destiné à prendre en compte la durée de prise en charge (tarifs dégressifs de J1 à J4, J5 à J9, J10 à J30 et au-delà de J30). A l'issue de ces opérations, le séjour est classé dans un groupe homogène de tarifs (GHT).

Les modes de prise en charge principaux et associés sont extraits du guide méthodologique de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation), référençant tous les modes de prise en charge. Il est réactualisé chaque année.

Cette cotation tarifaire est donc effectuée à partir des dossiers au domicile des patients. La traçabilité des interventions des différents professionnels est essentielle pour une meilleure lecture et compréhension de l'état du patient.

Ce modèle tarifaire enferme les médecins coordonnateurs et du département de l'information médicale (DIM) dans un référentiel d'activité tarifaire et difficilement applicable à la pratique. Ce modèle actuel repose sur des études de coûts réalisés en 2003, sur la base des données recueillies fin 1990. Il est actuellement déconnecté de la réalité des coûts réels.

La Cour des Comptes résume en 2013 ainsi les trois insuffisances de ce modèle tarifaire (14):

- « *le caractère obsolète du modèle* » : si ce système a pu être incitatif lors de la mise en place de la T2A, il ne l'est plus nécessairement aujourd'hui, tandis que certaines prises en charge pâtissent de sa rigidité ;

- « *sa faible médicalisation* » : il est basé sur la description de mode de prise en charge (au nombre de 22), qui peuvent être codés comme "principaux" ou "associés", pondérés par un indice de dépendance (IK), et la durée des séjours ;

- « *son caractère sommaire en termes de description des actes* » : les 31 GHT, forfaits couvrant les moyens humains, matériels et techniques, mobilisés pour une prise en charge, sont parfois peu cohérents par rapport aux soins nécessaires à la multiplicité des types de séquence de soins possibles.

L'ATIH prévoit donc de travailler sur une nouvelle classification afin de préparer une mise en place progressive d'un nouveau modèle de financement d'ici 2019.

1.6. Les référentiels d'activité

Les référentiels régissant l'offre de soins en HAD reposent sur plusieurs textes.

Le cadre réglementaire est posé par les circulaires ministérielles et le Code de Santé Publique. Le champ d'application de l'HAD ainsi que la typologie des actes pouvant être réalisés à domicile sont définis dans la circulaire ministérielle du 30 mai 2000, dans laquelle les soins sont regroupés en trois catégories comme explicité auparavant.

Parallèlement, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) donne une légitimité médicale aux pratiques en établissant et réactualisant chaque année le guide méthodologique de l'ATIH. Ce dernier recense les modes de prise en charge en HAD servant actuellement de base pour le fonctionnement de l'HAD, surtout pour l'acceptation ou non des demandes de prise en charge en HAD et pour la cotation tarifaire des séjours. Si ce guide ne constitue pas un outil générique auquel les prescripteurs peuvent faire référence pour justifier le transfert en HAD, il propose dans ses annexes certains éléments d'information pour chaque mode de prise en charge sur les besoins en soins pouvant être pris en charge en HAD (en fonction de leur lourdeur, technicité, répétitivité...).

Il intègre les référentiels réalisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) (peu nombreux à ce jour, essentiellement la prise en charge de la périnatalité). En l'absence de référentiels, les indications de prise en charge sont déterminées après consultation des fédérations d'HAD (il existe une concertation annuelle entre les fédérations et la DGOS pour l'actualisation du guide méthodologique de l'ATIH).

Les prescripteurs ne disposent pas de document leur étant destiné, se trouvant livrés à leur expérience pour orienter les patients en HAD.

1.7. Fragilité de l'HAD

Au fil des années, la place de l'hospitalisation à domicile dans le système de soins français a évolué. D'abord considérée comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, l'HAD a ensuite trouvé une place plus prépondérante, puisqu'actuellement c'est une hospitalisation à part entière. Malgré tout, il existe une remise en question perpétuelle de sa place dans le système de soins, sur sa pertinence, ses coûts, ou son organisation non uniforme sur le territoire français avec des niveaux de médicalisation variables.

Plusieurs raisons apparaissent à cette constatation. Tout d'abord, la classification dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est primaire. Mais aussi le modèle tarifaire de l'HAD qui évolue. La comparaison des coûts entre HAD et hospitalisation conventionnelle est largement étudiée et au bénéfice de l'HAD. Par contre, il n'existe à ce jour pas de comparaison entre l'HAD et le secteur libéral.

De plus, le manque de clarté dans le cadre de l'HAD, amenant à des interprétations différentes selon les institutions, est source de subjectivité.

Le manque d'encadrement de l'HAD fragilise le système et l'HAD doit sans cesse prouver son efficacité. La pertinence du recours à l'HAD est menacée et pointée par la Cour des Comptes. Cette dernière recommande la nécessité de renforcer l'encadrement de l'HAD, en s'appuyant notamment sur des référentiels.

1.8. Les travaux actuels sur l'HAD

Depuis 2005, une dynamique volontariste de généralisation de l'offre d'HAD a été mise en œuvre sur le territoire afin de contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée à domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques. Cependant, si le nombre de journées en HAD a connu une progression importante depuis 2005 (+194% entre 2005 et 2014), sa progression s'est ralentie d'année en année.

Dans son rapport publié en 2013 (14), la Cour des comptes a relevé que l'HAD restait mal connue et très peu développée en France par rapport à la place qu'elle occupe dans différents pays étrangers.

Les conditions d'inscription de l'HAD dans l'offre de soins depuis 2005 et le caractère sommaire de sa classification dans le PMSI ont en effet généré de nombreuses interrogations concernant la pertinence du recours à cette forme d'activité de soins, notamment par les prescripteurs hospitaliers et une utilisation très limitée par les praticiens libéraux. La nécessité de renforcer l'encadrement de l'HAD avait déjà été soulevée suite aux résultats des campagnes d'accompagnement et de contrôle des structures d'hospitalisation à domicile lancées par la CNAMTS en 2009 et mises en place annuellement depuis 2011.

En 2016, dans son rapport sur les évolutions récentes de l'HAD (15), la Cour des comptes réitère ses recommandations formulées en 2013 et en particulier, la nécessité de renforcer la pertinence du recours à l'HAD en s'appuyant sur des référentiels, diffusés aux ARS, aux prescripteurs d'HAD et aux structures d'HAD.

L'enjeu est de faire de l'HAD une offre de soins pleinement intégrée dans le parcours de soins, avec comme objectif fixé par les pouvoirs publics en 2013, le doublement de l'activité à l'horizon 2018.

La HAS lance actuellement un travail qui est en cours dont l'objectif est de définir des critères génériques permettant de justifier d'une prise en charge en HAD (16). Ces critères génériques prendront en considération les besoins en soins du patient :

- critères relatifs à l'organisation de la prise en charge : définition de la charge en soins médicaux et paramédicaux que nécessite l'état de santé du patient ;
- critères relatifs aux caractéristiques du patient en termes d'état de santé et de niveau de dépendance et/ou d'autonomie, sur le plan psycho-social et autres besoins qui justifient un recours à l'HAD, plutôt qu'à une autre offre de soins.

C'est en améliorant les connaissances de notre système de soins et notamment de l'offre de soins en HAD que sera enclenchée une dynamique forte et durable du développement de l'HAD.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une revue de la littérature a été effectuée ayant pour base les modes de prise en charge du référentiel de l'ATIH. Il s'agit d'un référentiel recensant les modes de prise en charge en HAD, base de la cotation tarifaire des médecins du DIM des HAD. Ce référentiel est l'unique base connue et disponible objectivant les champs d'action en HAD. C'est pour cela qu'il a été la base de cette revue de la littérature.

2.1. Soins ponctuels

Selon la circulaire de la DGOS de 2000 (7), les soins ponctuels correspondent à des « soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple) ». Nous avons donc listé les soins techniques et complexes relevant du référentiel de l'ATIH.

2.1.1. Assistance respiratoire

« Ce mode de prise en charge concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite : il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages, et également les soins éducatifs du patient et de l'entourage. Il peut s'agir d'un motif de prise en charge associé dans les situations suivantes :

1. *Deux des soins suivants sont associés : CPAP, aérosols quotidiens et/ou aspirations, les hétéro-soins pour les trachéotomies, la kinésithérapie respiratoire au moins trois fois par semaine, les appareillages d'aide à l'expectoration, les thérapeutiques à visée respiratoire spécifique administrées par voie inhalée ou sous-cutanée.*
3. *Kinésithérapie respiratoire réalisée 7 jours sur 7.*
4. *Oxygénothérapie seule ».* (17)

Dix articles ont été sélectionnés sur les 16 articles initiaux. Les articles n'explorant que les soins à domicile et non l'HAD ont été exclus.

Les différents articles sélectionnés traitent essentiellement de la prise en charge des patients porteurs d'une BPCO. Une seule étude mentionne la prise en charge des scléroses latérales amyotrophiques trachéotomisés en HAD (18).

Sept articles comparent l'hospitalisation conventionnelle à l'HAD. Il est mis en évidence dans l'étude de DAVIES de grade A, une équivalence dans la prise en charge thérapeutique avec un taux de ré-hospitalisation équivalent à 3 mois (19). Il conclut donc à une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. D'autres études de niveaux de preuve moindres observent un taux de ré-hospitalisation moins important (20) (21).

La qualité des soins en HAD a été explorée dans 2 articles. Il a été retrouvé que les soins sont identiques en HAD et en hospitalisation conventionnelle dans la revue de la littérature de Jeppesen (22). La préférence des soignants ainsi que des patients est celle de l'HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle (23). Deux articles observent une amélioration de la qualité de vie des patients BPCO en HAD (24) (20) et 1 article n'observe pas de différence significative (21). L'étude d'Hernandez met en évidence une meilleure connaissance de la maladie en HAD entraînant une meilleure observance (24).

Il n'a pas été retrouvé d'amélioration de la fonction respiratoire ni de la thérapeutique en HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. En revanche, il n'a pas été observé d'aggravation de la fonction respiratoire en HAD (21) (24) (19) (22).

Six articles comparent le taux de réadmission aux urgences des patients suivis en HAD versus sans HAD (19) (25) (22) (24) (20) (21). Dans ces 6 articles il a été mis en évidence une diminution des taux de consultations aux urgences chez les patients pris en charge en HAD, entraînant, entre autre, une diminution des coûts.

Deux thèses d'exercice de médecine générale ont mis en évidence une indication d'HAD en post urgence immédiat dans la prise en charge de BPCO et pneumopathie aigüe (26) (27).

Quatre articles explorent en parallèle le coût de l'HAD en comparaison avec l'hospitalisation conventionnelle. Elles mettent en évidence une réduction du coût des dépenses de santé dans le cadre de l'HAD(25) (21) (24) (20).

En somme, l'assistance respiratoire bénéficie de nombreuses études dans le cadre de l'HAD En revanche, ces études concernent pour la plus grande partie la prise en charge de la BPCO et de leurs

exacerbations. Des études de niveau de preuve satisfaisant mettent en évidence que l'HAD est une alternative intéressante à l'hospitalisation conventionnelle en termes de confort de vie, mais aussi de coûts. Les autres indications contenues dans le guide de l'ATIH pour l'assistance respiratoire ne sont pas du tout évaluées par les études. La prévalence de la BPCO étant très importante, les autres indications telles que la trachéotomie et l'assistance respiratoire mécanisée ne sont qu'anecdotiques dans la pratique courante d'un médecin généraliste.

2.1.2. Nutrition parentérale

«La nutrition parentérale à domicile consiste en la perfusion intraveineuse d'un mélange nutritif ayant le statut de médicament : mélanges nutritifs de types solutions binaires (lipides et protides) ou solutions ternaires (glucides, lipides et protides). La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie d'abord, fourniture et maintenance des pompes, actions éducatives liées à la mise en place de la nutrition parentérale conformément aux recommandations de bonnes pratiques).» (17)

Un article a été sélectionné sur les cinq articles initialement éligibles.

Le seul article retrouvé traitant de l'HAD et de nutrition parentérale met en évidence les situations complexes de néoplasie évolutive (28). M. Magnét développe le fait que l'HAD se justifie alors dans les cas de pathologies néoplasiques évoluées avec une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée avec l'oncologue. La permanence des soins est alors l'élément clef pour assurer une continuité dans le suivi de ces patients fragiles. Mais elle pose aussi des problèmes éthiques ouvrant le débat sur la nutrition en soins palliatifs.

La nutrition parentérale à domicile fait donc l'objet de nombreuses études. Mais dans le cadre de l'HAD, il n'y a que peu d'études. La montée en puissance des prestataires de service favorise très largement le retour à domicile avec une nutrition parentérale. L'HAD est alors reconnue utile et pertinente dans le cadre des patients poly-pathologiques ou des situations complexes, mais aussi pour sa technicité. La coordination des soins est alors mise en avant. La HAS a donc créé un référentiel de nutrition parentérale à domicile à visée notamment des prestataires afin d'uniformiser les pratiques (29). La première prescription d'une nutrition parentérale étant hospitalière, les médecins généralistes sont peu et insuffisamment inclus dans ce cadre-là.

2.1.3. Traitement intraveineux

« Il s'agit de mettre en œuvre, y compris pour un traitement initié en MCO, une administration de médicament et/ou une surveillance de médicament ou la surveillance d'un injecteur programmable, par voie veineuse :

- soit lorsqu'il s'agit d'un médicament à usage hospitalier
- soit lorsque l'état poly pathologique ou la sévérité de l'état pathologique du patient le justifie et nécessite au moins deux passages infirmiers par jour.

La situation poly-pathologique doit être caractérisée par la lourdeur des soins requis ou par l'instabilité de la situation, dont les éléments du dossier du patient doivent impérativement témoigner. La prise en charge comporte la mise en œuvre du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. »

(17)

Trois articles ont été sélectionnés sur les 10 éligibles. Ces trois articles sont des études sur des thérapies intraveineuses très précises.

Deux études ont effectué un comparatif entre hospitalisation conventionnelle et HAD pour des traitements intraveineux particuliers (30) (31). Dans l'étude de Montalto de 1997, il est observé des similitudes dans les deux groupes, seule la durée moyenne de séjour est écourtée dans le cadre de l'HAD, validant donc l'HAD comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle, niveau de preuve 4. L'étude Brodin-Saltorius met en évidence une réelle alternative à l'hospitalisation conventionnelle dans le cadre du traitement complexe d'immunoglobulines, mettant en évidence les compétences techniques de l'HAD et la permanence des soins dans le suivi. En revanche, il s'agit d'études dont le niveau de preuve est faible.

De niveau de preuve plus élevé (grade B, niveau 2), l'étude de Maes (32) objective l'HAD comme la structure la plus adéquate pour la sortie d'hospitalisation et axe sa discussion sur la sécurisation des patients nécessitant une antibiothérapie de longue durée.

En somme, les traitements intraveineux à domicile connaissent une forte croissance grâce aux prestataires. La place de l'HAD semble être celle de l'antibiothérapie de longue durée, dans les situations complexes. C'est la coordination des soins ainsi que la permanence des soins qui est donc mise en avant. Il s'agit là encore de soins plutôt ponctuels, très spécifiques, souvent en sortie d'hospitalisation. Les médecins généralistes arrivent souvent après la première prescription hospitalière.

2.1.4. Chimiothérapie anticancéreuse

« La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée : celle-ci peut ne pas être une tumeur. Elle comporte : l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ; l'administration de la chimiothérapie ; la surveillance médico-soignante des thérapeutiques administrées ; le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires correspondant aux jours d'administration de la chimiothérapie. » (17)

Six articles ont été sélectionnés sur 8 éligibles.

La recommandation de la HAS de 2015 développe les conditions de développement de la chimiothérapie en HAD en expliquant les pistes d'amélioration technique (33). Cette recommandation fait plusieurs constats et propose des pistes d'amélioration :

- la répartition inégale des chimiothérapies en HAD sur le territoire,
- les indications en hématologie sont les principales à domicile,
- le bénéfice de l'HAD est supposé mais non démontré par des études de haut niveau de preuve,
- les conditions de qualité des cures de chimiothérapie sont les mêmes en HAD qu'en hôpital de jour,
- la prise en charge en HAD nécessite une forte réactivité et une anticipation qui s'accommodent mal avec la rigidité administrative, logistique ou informative,
- activité professionnellement valorisante pour les soignants libéraux,
- place du médecin traitant très marginale,
- modalités d'acheminement des cytotoxiques au domicile très hétérogène.

Dans son étude qualitative, V. Buthion (34) développe elle aussi les freins et facteurs favorisant le développement de la chimiothérapie en HAD. Dans les freins, elle évoque la difficulté des services de cancérologie à se passer de cette activité dans le modèle de tarification T2A. Cette notion est aussi retrouvée dans la recommandation de la HAS ainsi que dans de nombreuses études. De plus, les médecins généralistes seraient peu formés au suivi des molécules. En revanche, dans les facteurs favorisants sont développées les capacités de l'HAD à réaliser des soins complexes et techniques. De plus, elle évoque une implication importante des infirmières par valorisation de leur activité professionnelle.

Deux études explorent les coûts de cette prise en charge et conclut à un coût inférieur de la chimiothérapie en HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle (35) (33) (36)

L'étude de Couillerot-Peyrondet (37) explore les données du PMSI-HAD et observe que les chimiothérapies dans le cadre des hémopathies malignes sont les plus développées.

En somme, la chimiothérapie anticancéreuse semble avoir une place centrale en HAD. Le travail de la HAS met en exergue les capacités techniques de l'HAD. Elle avance aussi comme argument la permanence et la coordination des soins, essentiels pour cette indication. Le coût journalier étant plus faible, l'HAD a entièrement sa place dans la réalisation de chimiothérapie à domicile. Il ne semble pas qu'elle concurrence l'hôpital, mais il s'agit de favoriser une complémentarité entre les deux structures. Les médecins généralistes pourraient alors reprendre contact avec leurs patients souvent perdus de vue à l'hôpital quand ils rentrent dans le circuit de l'oncologie.

2.1.5. Nutrition entérale

« Ce mode de prise en charge concerne des patients porteurs de sonde nasogastriques, gastrostomie, jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. » (17)

La seule étude retrouvée est une thèse d'exercice de médecine générale du Dr. Hauchart-Leblanc (38). Elle propose un modèle prédictif des patients nécessitant une nutrition entérale orientés vers une structure d'HAD. Cette étude de faible niveau de preuve, observe que le profil des patients en HAD est celui de patients poly-pathologiques avec néoplasie évolutive nécessitant des soins continus et coordonnée. De plus, elle développe la notion de prise en charge psycho-sociale en HAD peu développée dans les autres études sélectionnées.

2.1.6. Autres traitements

« Il s'agit de prises en charge de patients qui relèvent sans ambiguïté de l'HAD, conformément à l'article R6121-4-1 du code de la santé publique, et nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents ne pouvant être complètement décrites par aucun des autres modes de prise en charge. » (17)

Cette indication est très floue et aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature en lien avec ce mode de prise en charge. Elle est laissée à l'appréciation du médecin coordonnateur.

2.1.7. Pansements complexes

« Ce mode de prise en charge concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples, ou de complications de stomies, nécessitant une intervention (soins et coordination) de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge ou nécessitant une réévaluation régulière de la stratégie thérapeutique, y compris, le cas échéant, quand elle est réalisée à distance dans le cadre de la télémédecine.

Dans certains cas (récidives, plaies chroniques, multiples échecs préalables...) il peut être justifié de poursuivre la prise en charge en HAD jusqu'à la cicatrisation.

La notion de stomie compliquée ne s'apprécie pas seulement sur le plan cutané et inclut notamment la compensation de pertes digestives importantes et leur surveillance clinique

et/ou biologique, ou de multiples changements de supports. Il inclut le traitement des plaies par pression négative selon les recommandations de la Haute Autorité de santé. » (17)

La seule étude sélectionnée est la recommandation de la HAS correspondant à la prise en charge des plaies par pression négative (TPN ou VAC thérapie®) (39). La revue de la littérature scientifique ne portait pas sur l'HAD mais sur l'intérêt de la TPN lors des plaies complexes et spécifiques. La consultation des sociétés savantes développe le fait qu'une mise en œuvre en HAD doit être protocolisée. La TPN doit être prise en charge en HAD dans le cadre de la permanence des soins et d'un suivi quotidien du pansement par les infirmières. Elle nécessite une formation des infirmières. Il s'agit d'une recommandation de grade A niveau 1.

En revanche, les autres soins inclus dans cette indication (type stomies compliquées) ne sont pas du tout explorées dans la littérature. Il s'agit probablement de situations relativement rares auxquelles le médecin généraliste est peu confronté.

2.1.8. Transfusion sanguine

« La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment. » (17)

Cinq études ont été sélectionnées.

Ces 5 études développent le fait que la transfusion en HAD est une alternative médico-économique à l'hospitalisation conventionnelle (40).

Il s'agit d'une activité autorisée mais très faiblement réalisée et non homogène sur le territoire national.

Dans son étude de 2008, Carrère développe les facteurs explicatifs du choix des patients de l'HAD en terme de distance hôpital-domicile ainsi que la perte de temps à l'hôpital (41). Elle évoque aussi la notion de panel de soins et non d'acte isolé des transfusions à domicile pour les patients dans le cadre d'une prise en charge coordonnée. L'étude de G. Prevost conclut aussi à cette préférence des patients si le climat de sécurité est bien respecté. En revanche, peu d'HAD transfuseraient actuellement en raison des coûts et de la disponibilité médicale.

V. Buthion expose, quant à elle, les enjeux économiques et stratégiques de différentes modalités de transfusion à domicile (42). L'HAD apparaît être une alternative intéressante mais les établissements hospitaliers freineraient pour laisser « sortir » cette activité, intéressante financièrement pour eux. Les modèles de tarification constituent un frein supplémentaire à cette activité (40).

V. Gay objective le fait de faire évoluer la législation pour favoriser les transfusions à domicile (43) améliorant nettement la qualité de vie des patients bénéficiaires. La notion de transfusion raisonnée en soins palliatifs est aussi évoquée.

La transfusion sanguine est aussi une indication méconnue des médecins généralistes et hospitaliers. Les études retrouvées sont de faible niveau de preuve et ne permettent pas de conclure au bénéfice médico-économique de cette indication en HAD. La seule étude de niveau de preuve satisfaisante met en évidence le choix des patients pour le domicile. Ce qui sensibilise alors le médecin traitant à cette indication. En effet, Il s'agit très clairement de soins ponctuels et techniques que le monde libéral ne peut réaliser.

2.2. Soins continus

Selon la circulaire de la DGOS de 2000 (7), les soins continus « associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive ».

2.2.1. Soins palliatifs

« La prise en charge palliative, dont la durée est variable, concerne le patient et son entourage ; le patient est atteint d'une maladie grave en phase avancée ou terminale mettant en jeu à plus ou moins court terme son pronostic vital.

Les soins prodigués visent à soulager la douleur physique, les symptômes d'inconfort, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir l'entourage ; ils permettent le maintien du patient dans son cadre habituel en lui évitant une hospitalisation dans un établissement de santé avec hébergement. Les soins palliatifs en hospitalisation à domicile présentent les caractéristiques de l'HAD définies par l'article R.6121-4-1 du code de la santé publique ; ils permettent de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation avec hébergement. Le projet de soins individualisés est multidimensionnel et interdisciplinaire, non seulement en raison des soins, mais aussi de la composante psychosociale, de l'importance du temps passé auprès du malade et de son entourage, du temps de concertation pluridisciplinaire nécessaire voire des besoins de soutien des soignants du domicile. Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge implique du personnel médical et soignant

mais aussi un ou plusieurs autres intervenants (psychologue, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, ...). Les soins palliatifs comprennent au moins deux soins parmi les suivants :

- une prise en charge de la douleur,*
- une prise en charge psychologique du patient,*
- des soins de nursing,*
- un accompagnement du patient auquel peuvent participer tous les intervenants et en particuliers les bénévoles,*
- une prise en charge sociale : c'est dans ce cadre que l'intervention d'une assistante sociale pourra être proposée,*
- un accompagnement essentiellement psychologique de la famille et des proches.*

Enfin, les soins palliatifs intègrent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes de manière à pouvoir les prendre en charge. La pathologie et sa gravité, la mise en œuvre d'une démarche interdisciplinaire et coordonnée, tous les soins effectués par l'ensemble des intervenants doivent impérativement être tracés dans le dossier du patient. » (17)

La circulaire du 28 mars 2008 replace l'HAD comme acteur essentiel des soins palliatifs, du fait de sa capacité à pouvoir intervenir au domicile ou en milieu médico-social (44).

Cinq articles ont été sélectionnés. L'étude de L. Morin sur l'activité des soins palliatifs en HAD retrouve une croissance considérable de l'activité. Mais elle n'est pas proportionnelle à la demande de soins palliatifs à domicile (45).

L'HAD correspond bien au profil des patients en HAD grâce à la permanence des soins, la possibilité de réaliser des soins plus techniques, la coordination et la mise en œuvre d'une équipe pluridisciplinaire qui vient en aide à l'entourage (46).

Le point de vue des patients est exploré dans 2 études (47). Après une période d'adaptation plus ou moins longue, les patients semblent très satisfaits de la prise en charge en HAD. Leur anxiété et le retentissement sur l'entourage semble moindres (48). Mais les ré-hospitalisations terminales sont fréquentes avec une majorité de décès à l'hôpital.

La revue de la littérature de Shepperd de 2016 (49) ne conclut qu'à peu de choses car les études retrouvées sont de faible niveau de preuve. La préférence de rester et décéder à domicile en HAD pour les patients est la seule notion validée par cette revue.

En somme, les études sélectionnées de niveau de preuve satisfaisant mettent plus en évidence le choix des patients grâce à la permanence des soins et un sentiment de sécurité au domicile. Les

études objectivant une amélioration de la qualité de vie et la technicité de l'HAD dans ce domaine sont de faible niveau de preuve et ne peuvent donc pas conclure à cela. Le médecin généraliste est très souvent confronté à cette problématique et ne semble pas avoir le réflexe de penser à l'HAD. Cette complémentarité entre médecin traitant et HAD n'est pas vraiment d'actualité, les généralistes ayant l'impression d'être mis à l'écart quand l'HAD est mise en place. Ceci est dommage car la grande majorité des patients préfèrent largement le domicile à l'hospitalisation conventionnelle dans de telles situations.

2.2.2. Prise en charge de la douleur

« Ce mode de prise en charge comporte : l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement et l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques. Il nécessite l'utilisation d'un injecteur programmable, par exemple, une pompe "ACP". Dans tous les cas ce type de prise en charge ne se justifie que le temps nécessaire à obtenir l'équilibre ou à l'utilisation de l'injecteur. » (17)

Trois études ont été sélectionnées. Ces 3 études évaluent ce que font les HAD et leur niveau d'efficacité dans la prise en charge de la douleur.

L'étude de Chappuis de 2010 (50) met en évidence l'intérêt d'une évaluation initiale et réévaluation durant le séjour en HAD de la douleur. Elle interpelle aussi sur l'insuffisance de formation des médecins traitants à la prise en charge de la douleur, d'où l'intérêt du lien avec le médecin coordonnateur pour être guidé dans les prescriptions. Le lien étroit entre le pharmacien et le médecin est aussi développé dans l'étude de Sibailly (51). La prescription de PCA n'est faisable qu'en HAD du fait de la surveillance et permanence des soins selon cette étude, de faible niveau de preuve.

Le groupe d'expert de la HAS met en évidence en 2010 une forte progression de l'évaluation de la douleur en HAD mais une variabilité nationale importante dûe essentiellement à un problème de traçabilité (52).

Les études visant à évaluer la mise en place de PCA sont de trop faible niveau de preuve pour être généralisées. Une nuance est apportée et est intéressante sur la coordination entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur. En effet, certains médecins généralistes semblent moins à l'aise dans des situations de douleurs complexes. L'HAD peut apporter cette complémentarité mais n'a pas été étudié de façon précise. Les équipes mobiles de soins palliatifs sont ici encore très présentes et disponibles pour aider le généraliste.

2.2.3. Surveillance post-chimiothérapie

« La surveillance post chimiothérapie anticancéreuse comporte les diagnostics, le traitement et la surveillance médico-soignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière : soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle. » (17)

Il n'a pas été retrouvé d'étude exclusivement sur ce mode prise en charge. Les études recourent celles de la chimiothérapie en HAD.

2.2.4. Nursing lourd / gériatrie

« Ce mode de prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des malades dépendants ou très dépendants (IK<50%). Par « supérieure à 2 heures » on entend la durée de présence cumulée des intervenants de l'équipe soignante. Lorsque la durée cumulée des intervenants de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge est supérieure à une heure, elle peut être codée en mode de prise en charge associée. » (17)

Deux articles ont été sélectionnés.

GA. Caplan expose qu'en terme de sécurité, l'HAD apparaît être une alternative sécurisante à l'hospitalisation conventionnelle si l'étayage familial est satisfaisant. Les complications gériatriques sont moindres. Il a observé une meilleure satisfaction des soins en HAD pour les soignants et les patients (53) (Niveau de preuve 2, mais datant de 1999).

L'HAD apparaît comme un maillon essentiel de la filière gériatrique pour S. Marilier (54). Elle permet d'éviter une désadaptation et une perte de repère. Elle met en évidence que le niveau de médicalisation étant élevé, une collaboration étroite entre médecin traitant et médecin coordonnateur est nécessaire.

En somme, la seule étude de niveau de preuve satisfaisant est assez ancienne. L'HAD apparaît comme une alternative sécurisante pour les personnes âgées. Devant le vieillissement de la population, le délai de placement en EHPAD et le peu de places disponibles, il serait intéressant de retravailler sur cette indication, au centre de la médecine générale. Les équipes mobiles de soins palliatifs et de gériatrie sont largement étudiées dans la littérature et la place de l'HAD par rapport à elle semble très imprécise.

2.2.5. Surveillance de radiothérapie

« La surveillance de radiothérapie comporte le diagnostic ; le traitement, et la surveillance des effets secondaires à court terme d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle. Il est utilisé pendant la radiothérapie et dans le cadre de la surveillance des effets secondaires immédiats (dermites, mucites, effets secondaires hématologiques, surveillance neurologique, effet antalgique...) » (17)

Il n'a pas été retrouvé d'étude concernant ce mode de prise en charge, peu connu.

2.2.6. Surveillance d'aplasie

« La prise en charge comporte : la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique, le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires (antibiothérapie, transfusions ...)» (17)

Il n'a pas été retrouvé non plus d'étude sur ce mode de prise en charge. Les études initialement sélectionnées, discutait de l'aplasie à domicile et non en HAD.

2.3. Réadaptation à domicile

Selon la circulaire de la DGOS de 2000 (7), la réadaptation à domicile « est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie ».

2.3.1. Post traitement chirurgical

« Ce mode de prise en charge concerne les situations de surveillance post chirurgicale et post-interventionnelle (par exemple, pose de drain sous radioguidage) nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge. Il est à nouveau rappelé que, dans ce cadre, la lourdeur des soins ou l'instabilité de la situation, dont les éléments figurant dans le dossier du patient doivent témoigner, doit justifier le recours à l'hospitalisation. Il inclut également le traitement post-traumatologique, par exemple alitement prolongé pour fracture du bassin ou traction collée » (17)

La seule étude retrouvée est une étude qualitative pour évaluer l'implantation d'un nouveau protocole de soins en sortie de chirurgie ambulatoire avec entrée en HAD pour des patients ayant bénéficié d'une intervention sur l'adénome de prostate. Cette protocolisation est possible et permet de modifier des pratiques professionnelles avec des impacts positifs sur la qualité produite, gage

d'adhésion des soignants. Il a été noté une amélioration du lien entre l'hôpital et la ville ainsi qu'une réduction des ruptures entre ces deux secteurs (55).

En somme, la seule étude retrouvée est une étude qualitative mettant en évidence une vraie complémentarité entre l'hôpital et la ville. Le but de recréer du lien entre la chirurgie et la ville est un vrai défi. Elle permettrait aussi de remettre au centre le médecin traitant dans la prise en charge en post-chirurgie précoce.

2.3.2. Rééducations neurologique et orthopédique

« Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique / orthopédique. Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile du patient est fixé à : 5 par semaine lorsqu'il s'agit du mode de prise en charge principal ; 3 par semaine lorsqu'il s'agit du mode de prise en charge associé. »(17)

Trois études ont été sélectionnées. Les études explorant les soins de rééducation et de réadaptation en HAD ont été incluses.

En ce qui concerne la rééducation neurologique, la conférence d'expert de 2008 sur le retour à domicile en post-AVC objective qu'il est nécessaire d'impliquer une équipe pluridisciplinaire connaissant la problématique de l'AVC à domicile. Le profil actuel de l'HAD ne correspondrait pas entièrement à ce modèle selon les experts par absence d'ergothérapie, orthophonie et des soins surtout axés sur le nursing (56).

Les données du PMSI-HAD de 2007 comptabilise 3 % des séjours en HAD sont des post-AVC. La réponse actuelle de l'HAD serait probablement inadaptée sur le plan qualitatif.

Pour les soins de suite et réadaptation, A. Afrite compare les coûts en SSR et HAD en définissant un champ d'action superposable aux deux structures (57). L'HAD représenterait une alternative intéressante en terme économique. Elle avance la notion de complémentarité entre SSR et HAD plutôt que concurrence afin de répondre aux besoins de la population vieillissante. Le niveau de preuve est faible (Niveau 4, Grade C)

En somme, la rééducation neurologique ne fait l'objet que de peu d'étude. Le post AVC est étudié, notamment dans la conférence d'experts mais ne place pas l'HAD au centre du retour à domicile. La prise en charge pluridisciplinaire n'est pas suffisante pour ces patients nécessitant une rééducation très intense. La complémentarité avec un SSR est évoquée dans une autre étude mais le faible niveau de preuve ne nous permet pas de conclure à un bénéfice.

Enfin, la réadaptation à domicile n'est que très peu étudiée. Il s'agit pourtant d'une problématique importante qui nécessiterait d'être plus explorée. Les patients se réadaptent plus vite au domicile, avec leur famille, dans leur environnement. Une complémentarité entre structures de rééducation et HAD serait intéressante, replaçant aussi le médecin généraliste au centre de cette rééducation.

2.3.3. Education du patient et/ou de son entourage

« L'éducation du patient et/ou de son entourage comporte le suivi médico-soignant quasi quotidien et l'éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires...) formalisé sous forme d'un projet dans le dossier du patient. » (17)

Il n'a pas été retrouvé d'étude sur l'éducation thérapeutique en HAD, indication peu connue par les prescripteurs et souvent associée à d'autres indications médicales. En revanche, de nombreuses études tentent d'évaluer l'éducation thérapeutique à domicile et notent des résultats très intéressants dans l'adhésion des patients.

2.3.4. Prise en charge psycho-sociale

*« Il s'agit du soutien psychologique ou social du malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).
Un suivi psychologique et social « de base » devant être assuré pour tous les modes de prise en charge, l'utilisation de ce mode de prise en charge nécessite l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social du fait d'une situation complexe. Les éléments de complexité motivant l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social doivent être tracés dans le dossier médical. Le codage de ce mode de prise en charge n'est pas adapté si l'intervention concernée est limitée à une intervention isolée, par exemple à l'occasion de l'admission. En revanche, les interventions indirectes régulières (auprès des autres professionnels, en participation à des synthèses, etc.), dès lors que le dossier du patient en témoigne, doivent être prises en considération. » (17)*

Aucune étude n'a été retrouvée sur cette indication, méconnue des prescripteurs.

2.4. Conclusion de la revue de la littérature

L'hospitalisation à domicile est le point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire. C'est une structure mixte qui utilise à la fois les compétences internes de ses propres équipes et coordonne les interventions de professionnels extérieurs. Son développement ne fait que croître depuis une dizaine d'années avec une répartition très hétérogène sur le territoire français. Un des freins à la prescription d'HAD est la méconnaissance des indications. Le référentiel de l'ATIH actuellement disponible pour les médecins coordonnateurs d'HAD n'est en aucun cas pertinent pour aider les prescripteurs à orienter leur choix vers l'HAD de par sa complexité. Il a servi de base pour la recherche de cette revue de la littérature comme unique référentiel par pathologies disponible actuellement.

Les indications telles que les soins ponctuels, techniques et complexes font l'objet d'études scientifiquement valides. La place de l'HAD est reconnue dans la prise en charge de la BPCO, les traitements intraveineux, la chimiothérapie à domicile, les nutriments parentérale et entérale dans un contexte de poly pathologie. La transfusion reste encore à étudier plus précisément.

En revanche, les soins continus ne font l'objet que de peu d'études. Ceci est probablement dû à la complexité des soins et à la variabilité des patients. Les soins continus tels que les soins palliatifs, sont difficilement évaluables de par leur nature. La place de l'HAD dans la filière gériatrique n'a pas été explorée, à défaut car elle occupe une grande partie de l'activité des HAD.

Enfin la réadaptation à domicile est très méconnue des prescripteurs et quasiment absente dans la littérature scientifique. La sortie précoce de chirurgie en HAD est à l'étude actuellement. Elle pourrait aboutir à des études scientifiques plus pertinentes grâce à des soins plus quantifiables.

Cette revue met donc en évidence un manque très net de précision dans les indications d'HAD dans la littérature scientifique, en dehors des soins très techniques. Le référentiel actuel n'est en aucun cas pertinent pour aider les prescripteurs à identifier les missions de l'HAD et n'est qu'un référentiel de cotation tarifaire pour les médecins des DIM et de la sécurité sociale. Ceci entraîne donc une confusion entre cotation tarifaire et indication médicale.

3. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'HAD tend donc à se développer selon les recommandations de la Cour des comptes. Or, un des freins à ce développement concerne les indications médicales d'HAD qui ne sont pas référencées de façon compréhensibles et accessibles pour les prescripteurs. En effet, les prescripteurs ne connaissent pas tous les champs d'action de l'HAD, se limitant souvent aux soins techniques et complexes. Les médecins coordonnateurs, quant à eux ont à leur disposition un référentiel de modes de prise en charge possibles en HAD servant à la cotation tarifaire des séjours en HAD. Ce référentiel de l'ATIH est très cadrant dans les prises en charges qui sont souvent plus globales et semble manquer de précision sur l'aspect médical pur de la prise en charge. Il s'agit d'un référentiel de cotation tarifaire qui entraîne une confusion entre mode de prise en charge et indication médicale. Cette confusion est à l'origine d'un manque de connaissance et de fait, une limitation des prescriptions d'HAD.

En somme, comment les médecins prescripteurs (généralistes et hospitaliers) et médecins coordonnateurs d'HAD évaluent-ils la précision des indications d'HAD dans les textes actuels ?

Objectif principal : évaluer le niveau de précision des indications d'HAD estimé par les médecins prescripteurs et HAD.

Objectifs secondaires :

- évaluation des connaissances sur les modes de prise en charge en HAD des médecins prescripteurs et coordonnateurs d'HAD ;

- établir une grille d'aide à l'orientation des patients en HAD pour les médecins prescripteurs (médecins généralistes libéraux et médecins hospitaliers) afin d'améliorer la précision des indications et ainsi d'en favoriser leur connaissance pour mieux orienter leurs patients dans le système de soins.

MATERIELS & METHODE

1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en utilisant les bases de données BDSP, CAIRN, CISMEF, COCHRANE LIBRARY, EM PREMIUM, GOOGLE SCHOLAR, SUDOC, PUBMED. Les sites du Ministère des Affaires sociales et de la Santé (sante.gouv.fr) et de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (fnehad.fr) ont également été consultés.

La recherche documentaire a été réalisée entre le 1er octobre 2015 et le 1er septembre 2016 et a fait l'objet d'une revue de la littérature dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche en médecine générale.

Les mots-clés principaux utilisés dans ces bases de données étaient : « Assistance respiratoire et hospitalisation à domicile », « Nutrition parentérale et hospitalisation à domicile », « Traitement intraveineux et hospitalisation à domicile », « Chimiothérapie et hospitalisation à domicile », « Nutrition entérale et hospitalisation à domicile », « Pansements complexes et hospitalisation à domicile », « Transfusion sanguine et hospitalisation à domicile », « Soins palliatifs et hospitalisation à domicile », « Nursing lourd et hospitalisation à domicile », « Post-chirurgie et hospitalisation à domicile », « Douleur et hospitalisation à domicile », « Rééducation et hospitalisation à domicile ». La littérature étrangère concernant le sujet est particulièrement pauvre du fait notamment d'une organisation différente du système de santé français, avec une autre conception des soins à domicile.

Dans cette revue de la littérature :

* Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- Etudes scientifiques traitants de l'hospitalisation à domicile ;
- Différents mode de prise en charge du guide de l'ATIH ;
- Littérature francophone et anglophone.

* Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Articles traitant des soins à domicile, différents de l'hospitalisation à domicile ;
- Langues autres qu'anglais ni français ;
- Date de l'étude < 1998 ;
- Articles sans étude scientifique ;
- Articles traitant des prises en charge pédiatrique, gynéco-obstétrique, psychiatrique et en EHPAD.

* 41 articles ont été inclus au total dans cette revue.

2. POPULATION ETUDIEE

La population cible était la totalité des médecins généralistes libéraux et des médecins hospitaliers de la Drôme et de l'Ardèche en exercice début 2016 ; ainsi que les médecins coordonnateurs d'HAD de l'ensemble de la région Rhône-Alpes à la même période.

La population source correspondait :

- aux médecins généralistes libéraux inscrits au Conseil de l'Ordre de l'Ardèche et la Drôme le 30 mars 2016,
- aux médecins hospitaliers exerçant dans les structures de la Drôme-Ardèche au 9 mai 2016,
- et aux médecins coordonnateurs d'HAD de la région Rhône-Alpes exerçant au 30 mars 2016.

Pour la population des médecins hospitaliers, des critères d'exclusion s'appliquaient, en raison de l'existence de référentiels précis concernant les indications d'HAD pour leur spécialité ou de prise en charge trop spécialisée (psychiatrie).

Etaient exclus les médecins des spécialités suivantes : pédiatrie, obstétrique, psychiatrie, HAD.

Nous avons également exclus les médecins généralistes ne pratiquant plus de médecine générale, s'étant orientés exclusivement vers des médecines alternatives comme l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie... mais aussi les médecins coordonnateurs d'établissements (EHPAD, Maison d'accueil, Maisons de retraite, SSR).

Nous avons souhaité interroger les médecins des Départements de l'Information Médicale (DIM) et de la Sécurité Sociale de la région Rhône-Alpes. Nous avons fait parvenir notre questionnaire aux responsables respectifs. Ils n'ont pas accepté de participer à notre étude, devant la difficulté à répondre aux questions sans dossier concret de patient à l'appui.

Concernant l'échantillonnage de notre étude, aucun tirage au sort n'a été réalisé. Dans le but d'obtenir un maximum de réponses, nous avons souhaité contacter l'ensemble des médecins de la population source.

3. TYPE D'ETUDE

Notre étude était une enquête de pratique réalisée du 9 mars au 21 juin 2016, auprès des médecins généralistes et hospitaliers de l'Ardèche et la Drôme ainsi que les médecins coordonnateurs d'HAD de la région Rhône-Alpes.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale observationnelle menée grâce à un questionnaire anonyme diffusé via messagerie électronique.

4. CRITERES DE JUGEMENT

4.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de notre étude consistait à évaluer le niveau de précision des indications de l'HAD, mesuré par le biais d'une échelle allant de 1 (pas du tout précis) à 4 (très précis).

4.2. Critère de jugement secondaire

Le critère de jugement secondaire était l'évaluation des connaissances de médecins via la comparaison des résultats, effectuée au travers d'un score de connaissance des médecins par rapport à un référentiel de réponses établi à partir du référentiel de l'ATIH 2015 et le code de santé publique. Il permettait ainsi d'apporter un complément de réponse à l'objectif principal.

5. RECUEIL DES DONNEES

5.1. Outils

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires, réalisés avec Google Form®. Les réponses étaient automatiquement récoltées dans un tableau via Google Sheet®.

5.2. Questionnaires

Nous avons réalisé un questionnaire pour chaque groupe de médecins. Le questionnaire comportait des questions communes et des questions spécifiques à chaque groupe.

Les questions communes permettaient une comparaison des résultats entre les groupes. Les questions spécifiques étaient adaptées à chaque groupe, en fonction de leur niveau préjugé d'information et d'expérience.

Ils ont été élaborés à partir des textes réglementaires dont le Code de la Santé Publique et le guide de l'ATIH relatifs à l'HAD de l'année 2015, en reprenant les dix-neuf modes de prise en charge concernés. Ont été exclues les indications obstétriques, pédiatriques et psychiatriques, en raison de l'existence de référentiels de bonnes pratiques réalisés par la HAS.

Les questions ont également découlées de réflexions que nous avons pu avoir lors de notre stage en HAD, avec les médecins coordonnateurs HAD mais également les médecins généralistes rencontrés dans le cadre de la prise en charge de patients.

Les questionnaires étaient organisés en trois grandes parties :

- * les critères socio-démographiques, adaptés à chaque groupe de médecins ;
- * les critères relatifs à l'HAD dans la globalité ;
- * les critères relatifs à chaque mode de prise en charge d'HAD, repris un à un.

Ils comportaient des questions fermées, appelant une réponse binaire par oui ou non, tout en maintenant la possibilité à l'enquêté de répondre « Ne sait pas ». Les autres questions étaient principalement des questions à choix multiples. Afin de varier le type de questions, des échelles de Likert venaient agrémenter le questionnaire. Nous avons également laissé la possibilité aux enquêtés de s'exprimer plus librement avec la présence de deux questions à réponses ouvertes.

Les questionnaires ayant une base commune, et une spécificité ne les changeant pas fondamentalement, ont subi une phase de test en amont de la diffusion à la population de l'étude.

Le questionnaire à destination des médecins généralistes a été testé dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche en médecine générale. Il a été envoyé à 131 médecins généralistes installés hors Drôme et Ardèche, n'épuisant ainsi pas notre population étudiée. Cette approche était destinée à tester sa faisabilité, le temps nécessaire à son remplissage et à juger de la pertinence et l'intérêt des questions. Le taux de réponse s'élevait à 42%. Cela était acceptable et assez encourageant pour notre étude. Grâce aux critiques et difficultés d'analyse, le questionnaire initialement envoyé a été modifié. La version optimisée et finale du questionnaire, utilisée dans notre étude, n'a pas fait l'objet d'un nouveau test.

5.3. Déroulement de l'étude

5.3.1. Médecins généralistes

5.3.1.A. Ardèche

Les médecins généralistes libéraux inscrits au Conseil de l'Ordre de l'Ardèche ont été contactés par mail le 30 mars 2016, par le Conseil de l'Ordre de l'Ardèche directement. Le mail contenait une lettre explicative comprenant le lien internet renvoyant vers le questionnaire en ligne.

Entre le 25 mai et le 6 juin 2016, nous avons contacté certains cabinets par téléphone afin d'obtenir les adresses électroniques. Ainsi nous avons procédé à des relances auprès d'une partie de la population de notre étude.

Le Conseil de l'Ordre de l'Ardèche a effectué une relance auprès de l'ensemble des médecins initialement contactés, le 8 juin 2016.

Le recueil des données a été arrêté le 22 juin 2016.

5.3.1.B. Drôme

Nous n'avons pas pu obtenir de liste complète d'adresses électroniques via le Conseil de l'Ordre de la Drôme, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes. Le procédé d'envoi des questionnaires différait alors avec l'Ardèche.

Nous avons procédé à un envoi en plusieurs phases.

Nous disposions de la liste des médecins de Rhône-Alpes, fournie par l'ARS. Nous avons extrait les médecins généralistes libéraux installés dans la Drôme.

Un premier envoi de mail a eu lieu le 9 mai 2016, via le laboratoire d'analyses médicales UNIBIO. Nous avons eu accès à la liste de médecins contactés, sans leur adresse mail dans un souci de confidentialité.

Parallèlement, nous avons récupéré une liste d'adresses électroniques enregistrées dans la base de données du logiciel ATHOME HAD© de l'HAD de Crest. Certaines adresses correspondaient à des médecins déjà contactés par le laboratoire, nous permettant d'effectuer les relances. Les autres médecins ont été contactés par téléphone, afin de récupérer leur adresse mail. Les numéros de téléphone ont été trouvés sur Google©. Nous avons appelé également les médecins de la liste du laboratoire, afin de pouvoir envoyer les relances.

Les envois et relances se sont étalés du 23 mai au 19 juin 2016, avec des relances en excluant ceux qui avaient déjà répondu en s'identifiant.

Aucun envoi papier n'a été effectué pour limiter le nombre de réponses incomplètes.

Le recueil des données a été arrêté le 22 juin 2016.

5.3.2. Médecins hospitaliers

Nous avons contacté le président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) de chaque établissement. Par ce biais, notre questionnaire a été diffusé aux médecins hospitaliers, accompagné d'une lettre explicative précisant l'exclusion des pédiatres, obstétriciens, psychiatres, et médecins du travail.

Nous avons été confrontées à une difficulté avec le Centre Hospitalier de Montélimar. Le serveur bloquant l'accès à notre lien, nous nous sommes rendues sur place pour que les médecins remplissent le questionnaire directement sur notre ordinateur ou tablette.

Les questionnaires ont été envoyés du 9 mai au 30 mai 2016, avec une à deux relances selon les centres hospitaliers, jusqu'au 7 juin 2016.

Le recueil des données a été arrêté le 22 juin 2016.

5.3.3. Médecins coordonnateurs d'HAD

Après avoir contacté chaque établissement d'HAD de la Région Rhône-Alpes, le courriel explicatif contenant le lien de notre questionnaire a été envoyé à l'ensemble des médecins coordonnateurs d'HAD le 19 avril 2016.

Une première relance a été effectuée le 18 mai 2016, une deuxième le 29 mai 2016. Une troisième et dernière relance a été réalisée par téléphone puis mail le 13 juin 2016.

Le recueil des données a été arrêté le 22 juin 2016.

6. ANALYSE DESCRIPTIVE

Après anonymisation, les données ont été codées puis l'analyse descriptive effectuée avec le logiciel Microsoft Excel®. Les tableaux et graphiques ont également été réalisés avec ce logiciel.

Les analyses statistiques ont été réalisées par Professeur Pascal ROY, statisticien au sein du Service de Biostatistique et du Laboratoire Biostatistique-Santé des Hospices Civils de Lyon. Il a proposé de compléter le critère de jugement principal par la création d'un critère composite binaire, établi à partir de l'échelle de niveau de précision des indications. Il correspondait au regroupement en catégories majeures, avec d'une part les niveaux 1 et 2 (pas du tout précis, peu précis) et d'autre part les niveaux 3 et 4 (plutôt précis, très précis). L'objectif de cet élément supplémentaire était de compléter les résultats obtenus avec le critère de jugement principal, en apportant une réponse intéressante à notre objectif de travail.

Nous avons par ailleurs sélectionné des questions communes aux trois groupes afin de les mettre en parallèle. Les questions non communes n'ont pas bénéficié de l'analyse statistique, mais permettent de nuancer les réponses en fonction du groupe d'origine.

Nous avons aussi utilisé un score de connaissance pour les questions communes aux trois groupes de médecins, afin de compléter l'analyse du critère de jugement principal. Le score de connaissance correspondait au nombre de réponses correctes des praticiens par rapport à un référentiel de réponses créé à partir du guide de l'ATIH 2015, du code de santé publique et des enquêteurs.

Ces différentes variables ont été regroupées en trois catégories (selon la circulaire DGOS de 2000) : soins ponctuels, soins continus, et réadaptation à domicile.

Les soins ponctuels rassemblaient les items sur l'assistance respiratoire, la nutrition parentérale, la nutrition entérale, les traitements intra-veineux, la chimiothérapie, les autres traitements, les pansements, et la transfusion sanguine.

Les soins continus se rapportaient aux items concernant les soins palliatifs, la douleur, la surveillance post-chimiothérapie, le nursing lourd, la surveillance post-radiothérapie, et la surveillance d'aplasie.

Quant à la catégorie de la réadaptation à domicile, elle ne comptait que l'item de l'éducation.

Les effectifs étant trop petits pour l'utilisation du test du Chi-2, le test de Fischer a été utilisé pour l'analyse comparative du critère de jugement principal selon les groupes de médecins. Concernant l'analyse pour le critère composite secondaire, le test du Chi-2 a été utilisé. Pour les autres comparaisons, il s'agissait d'analyses de variances.

Les deux questions ouvertes ont été analysées de manière qualitative après encodage sommaire des verbatims.

7. TRAVAIL EN BINOME

La bibliographie a fait l'objet d'un travail de mémoire préalable à la thèse, il en a été de même pour le test du questionnaire adressé aux médecins généralistes. De plus, afin de pouvoir contacter tous les médecins concernés, d'une part les médecins généralistes et d'autre part les médecins HAD et hospitaliers, ce travail a été effectué par deux enquêteurs.

Cette complémentarité nous a permis d'interroger un grand nombre de médecins, de vérifier les données par une double lecture des résultats aux questionnaires et de croiser les réponses pour en analyser les spécificités de chaque groupe.

Par ailleurs, la création du référentiel de réponses en collaboration avec la directrice de thèse, et en s'appuyant sur le référentiel ATIH 2015, nécessitait une triangulation des regards pour obtenir une grille de résultats la plus objective possible. Pour la même raison, un travail en binôme nous a permis d'établir une grille d'aide à l'orientation des patients en HAD.

RESULTATS

1. TAUX DE REPONSE

1.1. Médecins généralistes

1.1.1. Ardèche

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Ardèche recensait 262 médecins généralistes libéraux installés en 2016. Ils ont tous été contactés par voie électronique. Nous avons reçu 58 réponses soit un taux de réponse de **22,1%**.

1.1.2. Drôme

Dans la Drôme, le Conseil de l'Ordre des Médecins recensait 412 médecins généralistes libéraux installés en 2016. Ne disposant pas de la totalité des adresses électroniques, 350 médecins généralistes ont été contactés, par mail directement ou par téléphone auparavant. Sur les 332 mails envoyés, nous avons reçu 122 réponses, soit un taux de réponse de **36,7%**.

1.1.3. Flow chart

Au total, 180 réponses ont été exploitées, amenant le taux de réponse global des médecins généralistes à **30,3%**. (*Figure 1*)

1.2. Médecins hospitaliers

Le nombre de médecins hospitaliers recensés par l'ARS en Ardèche et dans la Drôme est de 958 médecins. Ont été contactés 22 centres hospitaliers et 6 cliniques dont 6 centres hospitaliers et 3 cliniques ont accepté de nous répondre. Ils ont tous été joints par voie électronique après avoir eu l'accord téléphonique de chaque président de CME ainsi que la DRH. Au total 457 médecins hospitaliers ont été contactés sur ces 9 établissements de santé, sur lesquels nous avons obtenu 106 réponses, portant le taux de réponse à **23,2%**.

1.3. Médecins coordonnateurs d'HAD

Les 19 services d'hospitalisation à domicile (soit la totalité) de la région Rhône-Alpes ont été contactés par téléphone puis mail, correspondant à 48 médecins coordonnateurs. Nous avons obtenu 26 réponses, soit un taux de réponse de **54,1%**.

1.4. Global

Au total, 1099 médecins (médecins généralistes libéraux, médecins hospitaliers et médecins coordonnateurs d'HAD) ont été contactés.

L'ensemble des questionnaires, soit 312 questionnaires, a été exploité soit un taux de réponse global de **28,4%**. (Figure 2)

Aucune donnée manquante n'a été relevée.

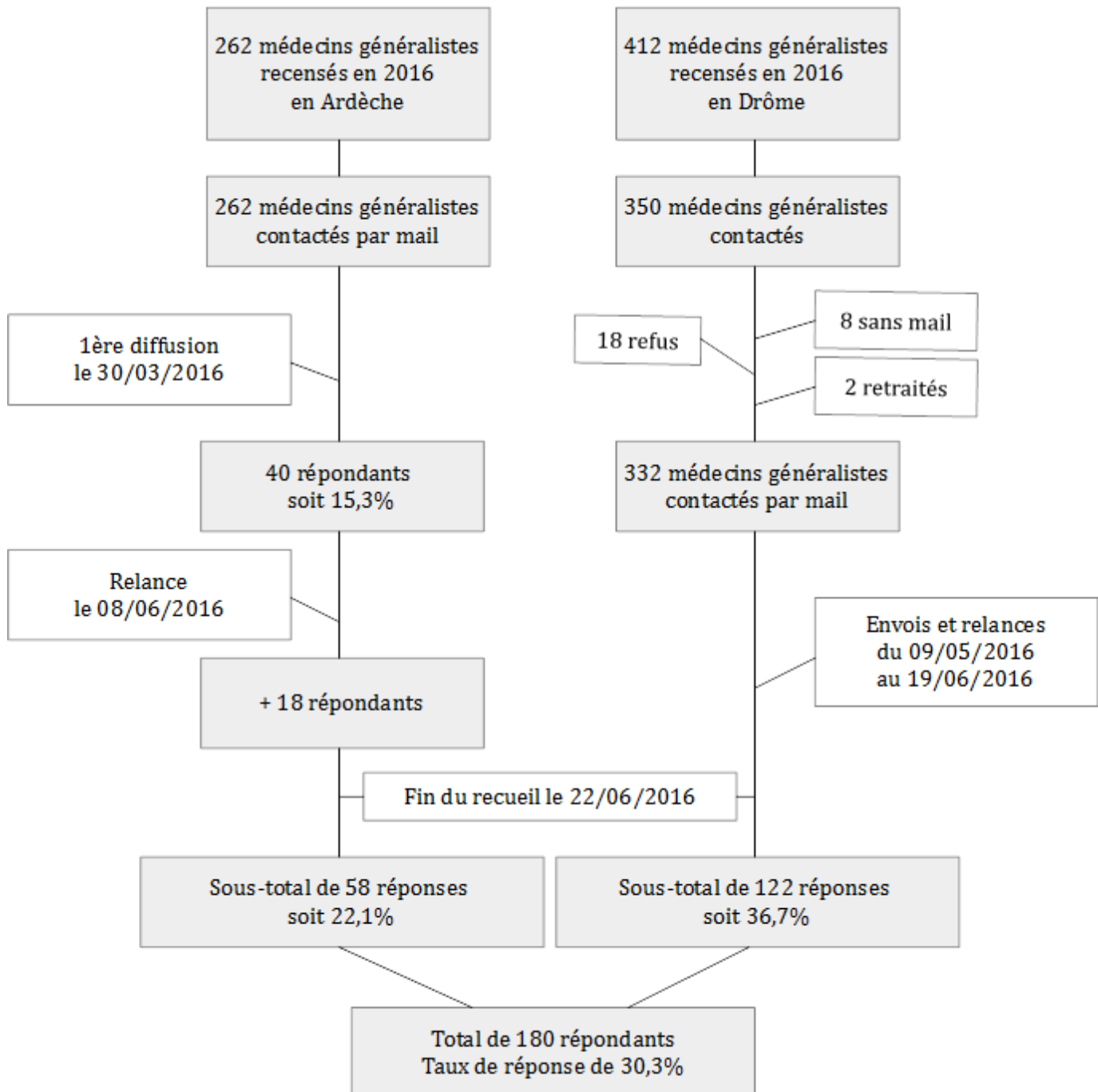


Figure 1: Flow chart des médecins généralistes

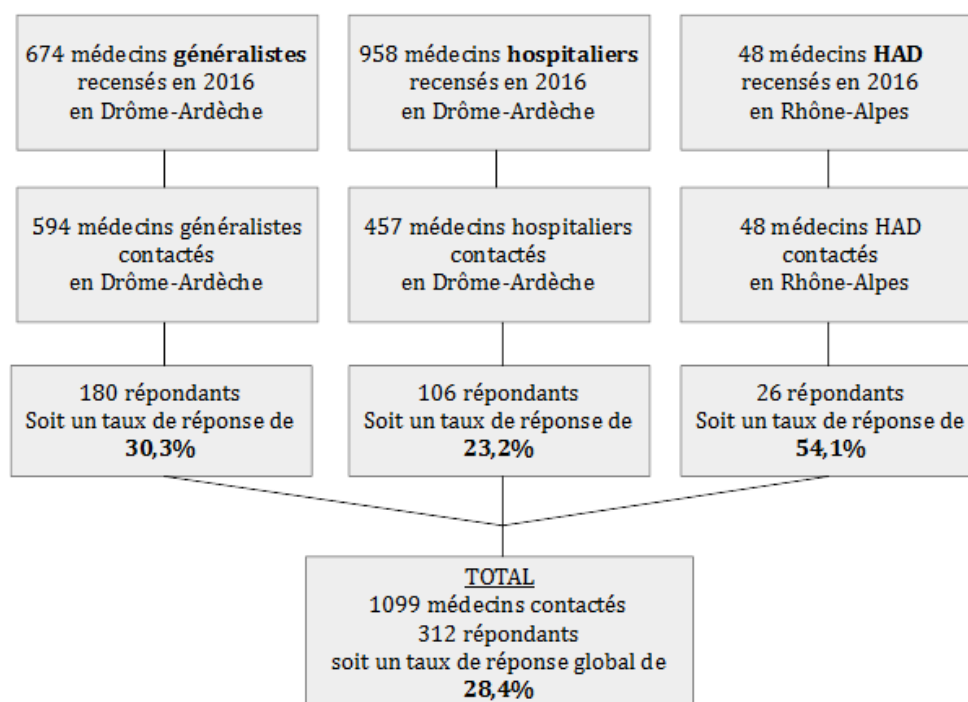


Figure 2: Flow chart global

2. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS

2.1. Caractéristiques de la population

2.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

| | Médecins généralistes n (%) | Médecins hospitaliers n (%) | Médecins HAD n (%) | Total n (%) |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|
| Sexe | | | | |
| Femme | 67 (37,2%) | 58 (54,7%) | 19 (73,1%) | 144 (46,2%) |
| Homme | 113 (62,8%) | 48 (45,3%) | 7 (26,9%) | 168 (53,8%) |
| Age | | | | |
| <35 ans | 19 (10,6%) | 11 (10,4%) | 8 (30,8%) | 38 (12,2%) |
| 35 - 50 ans | 58 (32,2%) | 50 (47,2%) | 10 (38,5%) | 118 (37,8%) |
| 50 - 65 ans | 93 (51,7%) | 44 (41,5%) | 7 (26,9%) | 144 (46,2%) |
| >65 ans | 10 (5,6%) | 1 (0,9%) | 1 (3,8%) | 12 (3,8%) |
| Département | | | | |
| 07-Ardèche | 58 (32,2%) | 16 (15,1%) | 1 | 75 (24%) |
| 26-Drôme | 122 (67,8%) | 90 (84,9%) | 5 | 217 (70%) |
| 01 - Ain | / | / | 2 | 2 |
| 38 - Isère | / | / | 3 | 3 |
| 42 - Loire | / | / | 3 | 3 |
| 69 - Rhône | / | / | 7 | 7 |
| 73 - Savoie | / | / | 3 | 3 |
| 74-Haute-Savoie | / | / | 2 | 2 |

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques générales

| Médecins généralistes | |
|---|-------------|
| | n (%) |
| Mode d'exercice | |
| Seul | 61 (33,9%) |
| En groupe | 119 (66,1%) |
| Année d'installation | |
| Moyenne | 1996 |
| Extrêmes | 1974-2016 |
| Médiane | 1996 |
| Secteur d'activité | |
| Rural | 40 (22,2%) |
| Semi-rural | 98 (54,4%) |
| Urbain | 42 (23,3%) |
| Intervention d'une structure HAD | |
| Oui | 174 (96,7%) |
| Non | 6 (3,3%) |
| Visites à domicile (VAD) | |
| Oui | 173 (96,1%) |
| Non | 7 (3,9%) |
| Nombre de VAD par semaine | |
| Moyenne | 7,4 |
| Extrêmes | 0-25 |
| Médiane | 6 |

| Médecins hospitaliers | |
|---|------------|
| | n (%) |
| Mode d'exercice | |
| Hôpital | 90 (84,9%) |
| Clinique | 13 (12,3%) |
| Mixte | 3 (2,8%) |
| Hospitalier depuis... | |
| Moyenne | 2000 |
| Extrêmes | 1977-2016 |
| Médiane | 2000 |
| Service | |
| Médecine | 54 |
| Chirurgie | 14 |
| Gériatrie/Soins palliatifs | 24 |
| Urgences | 14 |
| Intervention d'une structure HAD | |
| Oui | 99 (93,4%) |
| Non | 7 (6,6%) |

| Médecins HAD | |
|---|-------------|
| | n (%) |
| Médecin HAD depuis... | |
| Moyenne | 2011 |
| Extrêmes | 2003 - 2016 |
| Médiane | 2012 |
| Création de la structure | |
| Moyenne | 2001 |
| Extrêmes | 1972 - 2014 |
| Médiane | 2005 |
| Statut juridique de la structure | |
| Public | 16 (61,5%) |
| Privé à but non lucratif | 8 (30,8%) |
| Privé à but lucratif | 2 (7,7%) |
| Nombre d'ETP dans la structure | |
| Moyenne | 2,6 |
| Extrêmes | 1 - 4,6 |
| Médiane | 2,6 |
| Capacité (lits) de la structure | |
| Minimum | 15 |
| Maximum | 340 |
| Contrôle de la sécurité sociale | |
| Oui | 11 |
| Non | 15 |
| Si oui, modification de l'activité | |
| Oui | 80% |

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes - médecins hospitaliers - médecins HAD

2.1.2. Expérience avec l'HAD

| Expérience | Médecins généralistes | Médecin hospitaliers |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------|
| | n=180 | n=106 |
| Aucune expérience avec l'HAD | 5 (2,8%) | 7 (6,6%) |
| Ancien (ou actuel) médecin HAD | 8 (4,4%) | 3 (2,8%) |
| Patients pris en charge en HAD | 173 (96,1%) | 81 (76,4%) |
| Prescription d'HAD | 106 (58,9%) | 83 (78,3%) |
| Stage universitaire en HAD | 9 (5,0%) | 0 |
| Vécu de l'expérience | | |
| Négatif | 16 (8,9) | 4 (3,8%) |
| Positif | 158 (87,8%) | 97 (91,5%) |
| Pas de réponse | 6 | 5 |

Tableau 3 : Expérience avec l'HAD

2.1.3. Connaissance des modes de prise en charge en HAD

| Indications | Médecins généralistes | Médecin hospitaliers |
|---|-----------------------|----------------------|
| | n=180 | n=106 |
| 1. Assistance respiratoire | 27 (15,0%) | 17 (16,0%) |
| 2. Nutrition parentérale | 21 (11,7%) | 12 (11,3%) |
| 3. Traitement intraveineux | 16 (8,9%) | 9 (8,5%) |
| 4. Soins palliatifs | 21 (11,7%) | 13 (12,3%) |
| 5. Chimiothérapie | 19 (10,6%) | 19 (17,9%) |
| 6. Nutrition entérale | 12 (6,7%) | 9 (8,5%) |
| 7. Douleur | 30 (16,7%) | 14 (13,2%) |
| 8. Autres traitements | 20 (11,1%) | 10 (9,4%) |
| 9. Pansements complexes | 40 (22,2%) | 16 (15,1%) |
| 10. Post-traitement chirurgical | 34 (18,9%) | 19 (17,9%) |
| 11. Rééducation orthopédique | 101 (56,1%) | 44 (41,5%) |
| 12. Rééducation neurologique | 92 (51,1%) | 41 (38,7%) |
| 13. Surveillance post-chimiothérapie | 23 (12,8%) | 12 (11,3%) |
| 14. Nursing lourd | 36 (20,0%) | 13 (12,3%) |
| 15. Education | 80 (44,4%) | 43 (40,6%) |
| 16. Surveillance de radiothérapie | 63 (35,0%) | 30 (28,3%) |
| 17. Transfusion sanguine | 70 (38,9%) | 35 (33,0%) |
| 18. Surveillance d'aplasie | 51 (28,3%) | 23 (21,9%) |
| 19. Prise en charge psycho-sociale | 80 (44,4%) | 41 (38,7%) |
| Connaissance de toutes les indications | 21 (11,7%) | 14 (13,2%) |

Tableau 4 : Connaissance des modes de prise en charge en HAD

2.2. Critère de jugement principal

| | Niveau de précision des indications (CJP) | | | | Total | p |
|-----------------------|---|------------|-------------------|-------------------|-------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Médecins généralistes | 16 (8,9%) | 69 (38,3%) | 90 (50,0%) | 5 (2,8%) | 180 | 0,046 |
| Médecins hospitaliers | 3 (2,8%) | 38 (35,8%) | 54 (42,9%) | 11 (10,4%) | 106 | |
| Médecins HAD | 0 | 9 (34,6%) | 16 (61,5%) | 1 (3,8%) | 26 | |
| Total | 19 | 116 | 160 | 17 | 312 | |

Tableau 5 : Niveau de précision des indications par groupe de médecins

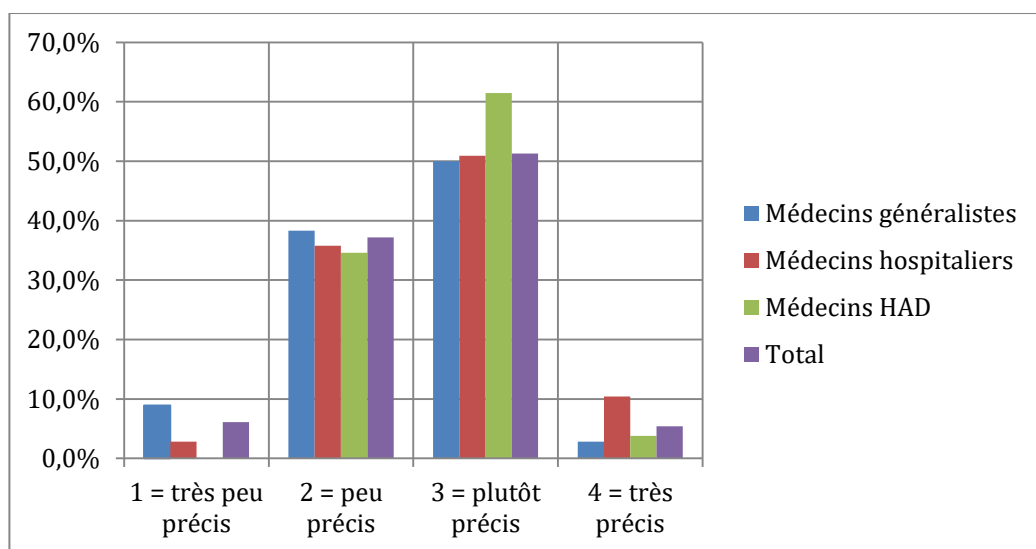


Figure 3 : Répartition des médecins selon le niveau de précision des indications d'HAD

2.3. Critère composite binaire

Le critère composite binaire, établi à partir de l'échelle de niveau de précision des indications, correspondait au regroupement en catégories majeures, avec d'une part les niveaux 1 et 2 (pas du tout précis, peu précis) et d'autre part les niveaux 3 et 4 (plutôt précis, très précis).

| Niveau de précision des indications | Médecins généralistes n (%) | Médecins hospitaliers n (%) | Médecins HAD n (%) | Total n (%) | p |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------|--------------|
| 1 - 2 | 85 (47,2%) | 41 (38,7%) | 9 (34,6%) | 135 (43,3%) | 0,241 |
| 3 - 4 | 95 (52,8%) | 65 (61,3%) | 17 (65,4%) | 177 (56,7%) | |

Tableau 6 : Niveau de précision des indications par groupe de médecins, selon le critère composite

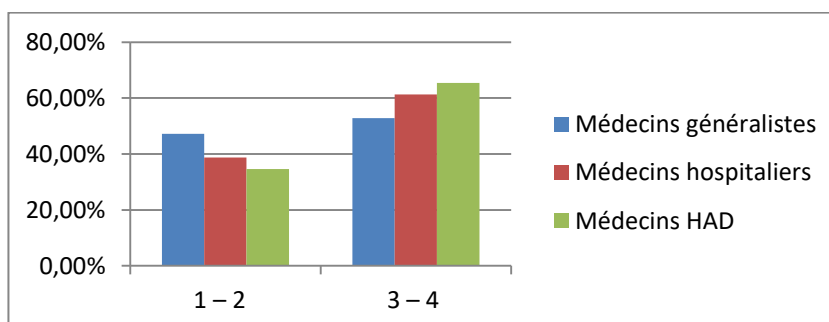


Figure 4 : Répartition des médecins selon le niveau de précision des indications d'HAD

2.4. Critère de jugement principal & critère composite binaire: En résumé

Les résultats obtenus sur le critère de jugement principal, qui était le niveau de précision des indications de 1 (pas du tout précis) à 4 (très précis), étaient significativement différents entre les trois groupes de médecins (p=0,046).

Après regroupement en catégories majeures (1-2 et 3-4), les résultats obtenus sur le critère composite binaire créé secondairement, n'étaient pas significativement différents entre les trois groupes de médecins (p=0,241).

2.5. Les modes de prise en charge

2.5.1. Assistance respiratoire

Quelle(s) situation(s) sont compatibles avec une prise en charge en HAD ?

| | | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--|-------------|-----------------------|-----------------------|--|-------------------|
| Aérosols | Oui | 109 (60,6%) | 74 (69,8%) | Seule : 2 (7.7%) Associée : 17 (65.4%) | 202 (64,7%) |
| | Non | 51 (28,3%) | 26 (24,5%) | 7 (26.9%) | 84 (26,9%) |
| | Ne sait pas | 20 (11,1%) | 6 (5,7%) | 0 | 26 (8,3%) |
| Aspirations | Oui | 158 (87,8%) | 90 (84,5%) | Seule : 2 (7.7%) Associée : 18 (69.2%) | 250 (80,1%) |
| | Non | 14 (7,8%) | 6 (5,7%) | 6 (23.1%) | 26 (8,3%) |
| | Ne sait pas | 8 (4,4%) | 10 (9,4%) | 0 | 18 (5,8%) |
| Assistance Respiratoire Mécanisée | Oui | 135 (75%) | 66 (62,3%) | Seule : 21 (80.8%) Associée : 3 (11.5%) | 222 (71,2%) |
| | Non | 17 (9,4%) | 18 (17%) | 1 (3,8%) | 36 (11,5%) |
| | Ne sait pas | 28 (15,6%) | 22 (20,8%) | 1 (4%) | 51 (16,3%) |
| CPAP | Oui | 105 (58,3%) | 66 (62,3%) | Seule : 10 (38.5%) Associée : 13 (50%) | 181 (58%) |
| | Non | 46 (25,6%) | 13 (12,3%) | 3 (11,5%) | 62 (19,9%) |
| | Ne sait pas | 26 (16,1%) | 27 (25,5%) | 0 | 56 (17,9%) |
| Kiné respiratoire | Oui | 98 (54,4%) | 78 (73,6%) | Seule : 4 (15.4%) Associée : 17 (65.4%) | 180 (57,7%) |
| | Non | 56 (31,1%) | 22 (20,8%) | 5 (19,2%) | 83 (26,6%) |
| | Ne sait pas | 26 (14,4%) | 6 (5,7%) | 0 | 32 (10,3%) |
| Oxygénothérapie | Oui | 138 (76,7%) | 83 (78,3%) | Seule : 3 (11.5%) Associée : 23 (88.5%) | 224 (71,8%) |
| | Non | 33 (18,3%) | 20 (18,9%) | 0 | 53 (17%) |
| | Ne sait pas | 9 (5%) | 3 (2,8%) | 0 | 12 (3,8%) |
| Trachéotomie | Oui | 154 (85,6%) | 93 (87,7%) | Seule : 5 (19.2%) Associée : 15 (57.7%) | 252 (80,8%) |
| | Non | 16 (8,9%) | 3 (2,8%) | 6 (23,1%) | 25 (8%) |
| | Ne sait pas | 10 (5,6%) | 10 (9,4%) | 0 | 20 (6,4%) |

Tableau 7 : Situations compatibles avec une prise en charge en HAD dans le cadre de l'assistance respiratoire

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

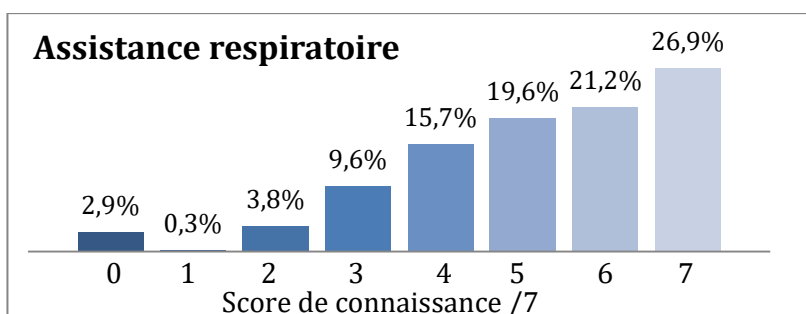


Figure 5 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de l'assistance respiratoire en HAD

Questions spécifiques pour les médecins HAD :

Quelle est la fréquence de chaque soin ?

| | 1 fois/semaine | 3 fois/semaine | 5 fois/semaine | Ne sait pas |
|--|----------------|----------------|----------------|-------------|
| Aérosols | 0 | 1 (5.3%) | 16 (84.2%) | 2 (11%) |
| Aspirations | 0 | 0 | 15 (78.9%) | 4 (21%) |
| Assistance respiratoire mécanisée | 1 (4.2%) | 1 (4.2%) | 16 (66.7%) | 6 (25%) |
| CPAP | 1 (4.3%) | 1 (4.3%) | 16 (69.6%) | 5 (22%) |
| Kiné respiratoire | 0 | 9 (45%) | 8 (40%) | 3 (15%) |
| Oxygénothérapie | 1 (4.5%) | 0 | 17 (77.3%) | 4 (18%) |
| Trachéotomie | 1 (5.3%) | 1 (5.3%) | 11 (57.9%) | 6 (32%) |

Tableau 8 : Fréquence des soins justifiant une HAD dans le cadre de l'assistance respiratoire

L'utilisation de la scopolamine peut-il être un mode de prise en charge associé ?

| | Si per os | Si sous cutanée |
|--------------------|------------|-----------------|
| Oui | 1 (3.8%) | 11 (42.3%) |
| Non | 22 (84.6%) | 13 (50%) |
| Ne sait pas | 3 (12%) | 2 (8%) |

Tableau 9 : Prise en charge de la scopolamine en HAD

2.5.2. Nutrition parentérale

Dans quelle(s) condition(s) un patient rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|---|-----------------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| Pas de condition, toute NP peut être prise en charge en HAD | 91 (50.6%) | 58 (54.7%) | 6 (23.1%) | 155 (49.7%) |
| Avec une autre indication associée | 30 (16.7%) | 22 (20.8%) | 21 (80.2%) | 73 (23.4%) |
| Mise en route de la NP | 46 (25.6%) | 20 (18.9%) | 11 (42.3%) | 77 (24.7%) |
| Contexte d'isolement social | 43 (23.9%) | 25 (23.6%) | 7 (26.9%) | 75 (24%) |
| Contexte de maladie chronique | 37 (20.6%) | 34 (32.1%) | 8 (30.8%) | 79 (25.3%) |
| Autres | 3 (1.7%) | 1 (0.9%) | 1 (3.8%) | 5 (1.6%) |
| Ne sait pas | 43 (23.9%) | 16 (15.1%) | 0 | 59 (18.9%) |

Tableau 10 : Conditions de prise en charge en HAD dans le cadre de la nutrition parentérale

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

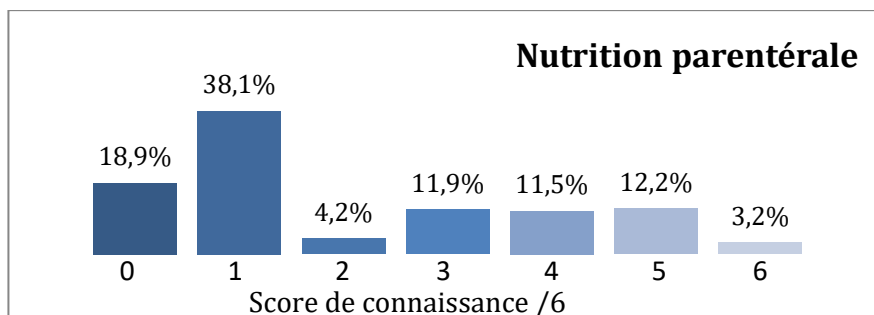


Figure 6 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la nutrition parentérale en HAD

2.5.3. Nutrition entérale

Dans quelle(s) condition(s) un patient rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total (n = 312) |
|---|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------|
| Pas de condition, toute NE peut être prise en charge en HAD | 91 (50.6%) | 49 (46.2%) | 2 (7.7%) | 142 (45.5%) |
| Avec une autre indication associée | 34 (18.9%) | 29 (27.4%) | 24 (92.3%) | 87 (27.9%) |
| Mise en route de la NE | 45 (25%) | 23 (21.7%) | 12 (46.2%) | 80 (25.6%) |
| Contexte d'isolement social | 41 (22.8%) | 24 (22.6%) | 8 (30.8%) | 73 (23.4%) |
| Contexte de maladie chronique | 42 (23.3%) | 32 (30.2%) | 9 (34.6%) | 83 (26.6%) |
| Autres | 2 (1.1%) | 3 (2.8%) | 1 (3%) | 6 (1.9%) |
| Ne sait pas | 37 (20.6%) | 17 (16%) | 0 | 54 (17.3%) |

Tableau 11 : Conditions de prise en charge en HAD dans le cadre de la nutrition entérale

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

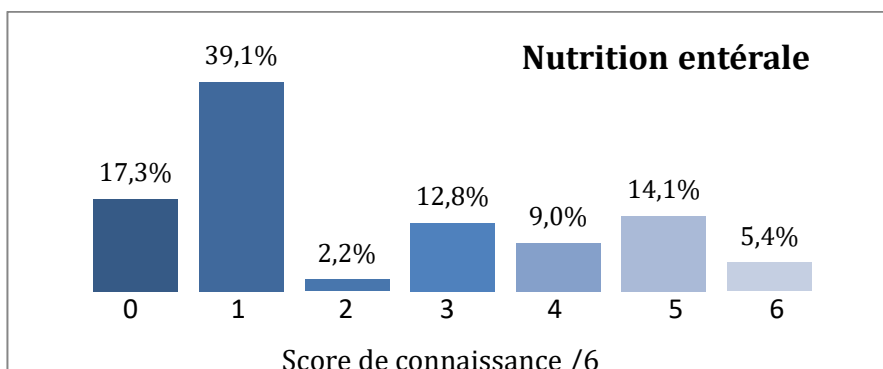


Figure 7 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la nutrition entérale en HAD

2.5.4. Traitements intraveineux

De quel(s) traitement(s) s'agit-il ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------|
| Tout traitement IV dès lors que la fréquence des injections est suffisante | 61 (33.9%) | 48 (45.3%) | 18 (69.2%) | 127 (40.7%) |
| Tout traitement IV sans condition de fréquence | 71 (39.4%) | 30 (28.3%) | 1 (3.8%) | 102 (32.7%) |
| Médicaments à prescription hospitalière sans condition de fréquence | 40 (22.2%) | 49 (46.2%) | 15 (57.7%) | 104 (33.3%) |
| Médicament à usage hospitalier | 88 (48.9%) | 56 (52.8%) | 21 (80.8%) | 165 (52.9%) |
| Ne sait pas | 38 (21.1%) | 12 (11.3%) | 0 | 50 (16%) |

Tableau 12 : Traitements IV justifiant une HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

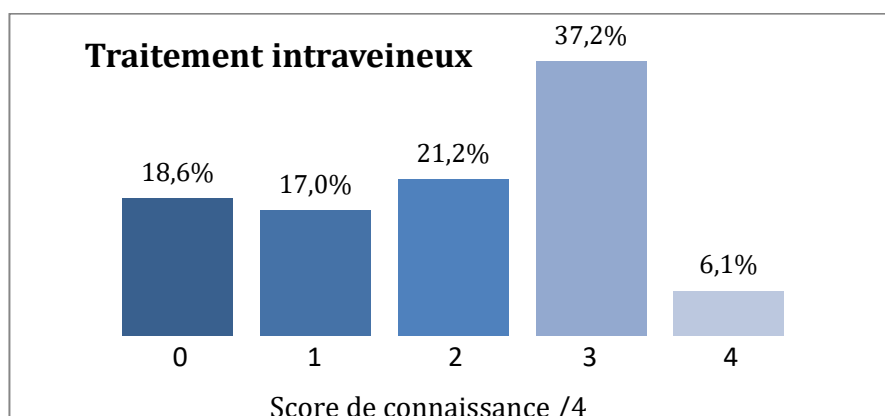


Figure 8 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos des traitements IV en HAD

Questions spécifiques pour les médecins généralistes et hospitaliers :

Un traitement par Rocéphine® peut-il être pris en charge en HAD ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Oui | 85 (47.2%) | 71 (67%) |
| Non | 52 (28.9%) | 26 (24.5%) |
| Ne sait pas | 43 (23.9%) | 9 (8.5%) |

Tableau 13 : Rocéphine® en HAD

Et par Perfalgan® ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Oui | 111 (61.7%) | 64 (60.4%) |
| Non | 25 (13.9%) | 28 (26.4%) |
| Ne sait pas | 44 (24.4%) | 14 (13.2%) |

Tableau 14 : Perfalgan® en HAD

Question spécifique pour les médecins HAD :

Si le deuxième passage infirmier quotidien est nécessaire, dans le cadre de la poly pathologie ou la sévérité du patient, mais non lié au traitement IV, le patient relève-t-il de l'HAD?

| Médecins HAD | |
|--------------|------------|
| Oui | 13 (50%) |
| Non | 11 (42.3%) |
| Ne sait pas | 2 (7.7%) |

Tableau 15 : 2ème passage infirmier quotidien pour le Traitement IV en HAD

Pourquoi ?

| Oui | Non |
|--|---|
| * Surveillance et réajustement thérapeutique | * Injections pluriquotidiennes |
| * Terrain : fragilité, sévérité médicale, risque de décompensation, complexité | * Non suffisant : |
| * Dépend du mode associé | - Certaines pathologies chroniques stables nécessitent 2 passages IDE sans qu'il y ait besoin d'HAD |
| * Traitement IV non rétrocédable : 1 seul passage suffit | - Pas besoin si simple surveillance |

Tableau 16 : Raisons de la prise en charge ou non du 2ème passage IDE quotidien dans le cadre d'un traitement IV en HAD

2.5.5. Soins palliatifs

Pour un patient relevant d'une prise en charge palliative dans quelles circonstances fait-on appel à vous (MHAD) ? Ou faites-vous appel à l'équipe de l'HAD (MG et MH) ?

| | | Fréquence de sollicitation de l'HAD | | | | | Fréquence moyenne |
|----------------------------------|------|-------------------------------------|------------|------------|------------|-------------------|-------------------|
| | | 1 (peu fréquent) | 2 | 3 | 4 | 5 (très fréquent) | |
| Dépendance, Nursing lourd | MG | 12 (6.7%) | 22 (12.2%) | 18 (10%) | 41 (22.8%) | 87 (48.3%) | 3.94 |
| | MH | 3 (2.8%) | 6 (5.7%) | 9 (8.5%) | 28 (26.4%) | 60 (56.6%) | 4.28 |
| | MHAD | 3 (11.5%) | 2 (7.7%) | 4 (15.4%) | 5 (19.2%) | 12 (46.2%) | 3.81 |
| Douleurs complexes | MG | 11 (6.1%) | 14 (7.8%) | 27 (15%) | 61 (33.9%) | 67 (37.2%) | 3.88 |
| | MH | 0 | 5 (4.7%) | 6 (5.7%) | 34 (32.1%) | 61 (57.5%) | 4.42 |
| | MHAD | 0 | 0 | 5 (19.2%) | 5 (19.2%) | 16 (61.5%) | 4.42 |
| Dyspnée | MG | 11 (6.1%) | 20 (11.1%) | 52 (28.9%) | 49 (27.2%) | 48 (26.7%) | 3.57 |
| | MH | 4 (3.8%) | 11 (10.4%) | 24 (22.6%) | 24 (22.6%) | 43 (40.6%) | 3.86 |
| | MHAD | 0 | 0 | 7 (26.9%) | 11 (42.3%) | 8 (30.8%) | 4.04 |
| Encombrement | MG | 9 (5%) | 22 (12.2%) | 44 (24.4%) | 62 (34.4%) | 43 (23.9%) | 3.60 |
| | MH | 3 (2.8%) | 7 (6.6%) | 28 (26.4%) | 26 (24.5%) | 42 (39.6%) | 3.92 |
| | MHAD | 0 | 4 (15.4%) | 9 (34.6%) | 7 (26.9%) | 6 (23.1%) | 3.58 |
| Pansements | MG | 24 (13.3%) | 39 (21.7%) | 59 (32.8%) | 37 (20.6%) | 21 (11.7%) | 2.96 |
| | MH | 5 (4.7%) | 10 (9.4%) | 28 (26.4%) | 32 (30.2%) | 31 (29.2%) | 3.70 |
| | MHAD | 3 (11.5%) | 2 (7.7%) | 8 (30.8%) | 8 (30.8%) | 5 (19.2%) | 3.38 |
| Souffrance psychologique | MG | 13 (7.2%) | 42 (23.3%) | 52 (28.9%) | 41 (22.8%) | 32 (17.8%) | 3.21 |
| | MH | 4 (3.8%) | 15 (14.2%) | 30 (28.3%) | 31 (29.2%) | 26 (24.5%) | 3.57 |
| | MHAD | 4 (15.4%) | 3 (11.5%) | 6 (23.1%) | 8 (30.8%) | 5 (19.2%) | 3.27 |
| Soutien de la famille | MG | 11 (6.1%) | 23 (12.8%) | 59 (32.8%) | 50 (27.8%) | 37 (20.6%) | 3.44 |
| | MH | 4 (3.8%) | 12 (11.3%) | 28 (26.4%) | 30 (28.3%) | 32 (30.2%) | 3.70 |
| | MHAD | 2 (7.7%) | 2 (7.7%) | 7 (26.9%) | 11 (42.3%) | 4 (15.4%) | 3.50 |
| Soutien des libéraux | MG | 15 (8.3%) | 19 (10.6%) | 52 (28.9%) | 51 (28.3%) | 43 (23.9%) | 3.49 |
| | MH | 3 (2.8%) | 15 (14.2%) | 26 (24.5%) | 29 (27.4%) | 33 (31.1%) | 3.70 |
| | MHAD | 1 (3.8%) | 2 (7.7%) | 7 (26.9%) | 13 (50%) | 3 (11.5%) | 3.58 |

Tableau 17 : Circonstances d'appel à l'HAD dans le cadre des soins palliatifs

Dans la législation, il est précisé qu'il s'agit de "soins coordonnés d'une particulière intensité". Le fait d'associer au moins 2 soins (ex : kiné + psycho) correspond-il à la notion de soins coordonnés ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|--------------------|
| Oui | 70 (38.9%) | 36 (34%) | 13 (50%) | 119 (38.1%) |
| Non | 35 (19.4%) | 40 (37.7%) | 13 (50%) | 88 (28.2%) |
| Ne sait pas | 75 (41.7%) | 30 (28.3%) | 0 | 105 (33.7%) |

Tableau 18 : Soins coordonnés en HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (Annexe 6)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

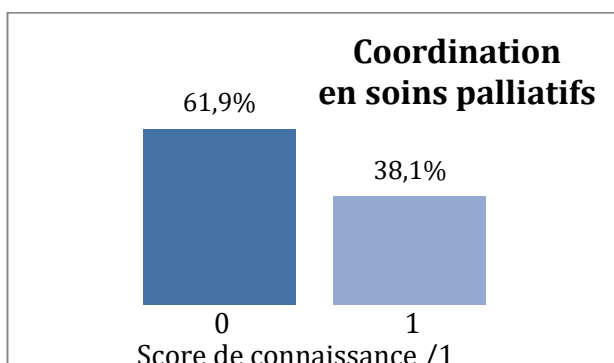


Figure 9 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la coordination en soins palliatifs en HAD

Existe-t-il une durée d'intervention quotidienne minimale ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|--------------------|
| Oui | 18 (10%) | 26 (24.5%) | 12 (46.2%) | 56 (17.9%) |
| Non | 64 (35.1%) | 33 (31.1%) | 13 (50%) | 110 (35.3%) |
| Ne sait pas | 98 (54.4%) | 47 (44.3%) | 1 (3.8%) | 146 (46.8%) |

Tableau 19 : Durée d'intervention quotidienne minimale en HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (Annexe 6)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

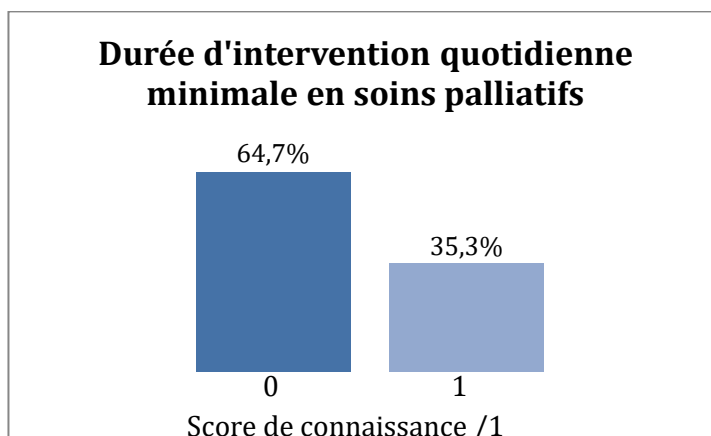


Figure 10 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la durée d'intervention quotidienne minimale en soins palliatifs en HAD

Si oui, lequel ? (Question spécifique aux médecins HAD)

| Durée | Médecin HAD - n (%) |
|--------------------|---------------------|
| < 15 minutes | 0 |
| 15-30 minutes | 2 (7.7%) |
| 30-45 minutes | 8 (30.8%) |
| > 45 minutes | 4 (15.4%) |
| Ne sait pas | 12 (46.2%) |

Tableau 20 : Durée d'intervention quotidienne minimale selon les médecins HAD

Quelle est la durée d'HAD dans ce cadre ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Durée prévisible, révisable | 34 (18.9%) | 23 (21.7%) | 9 (34.6%) | 66 (21.2%) |
| Jusqu'au décès | 104 (57.8%) | 66 (62.3%) | 17 (65.4%) | 187 (59.9%) |
| Ne sait pas | 42 (23.3%) | 17 (16%) | 0 | 59 (18.9%) |

Tableau 21 : Durée d'HAD dans le cadre des soins palliatifs

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (Annexe 6)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

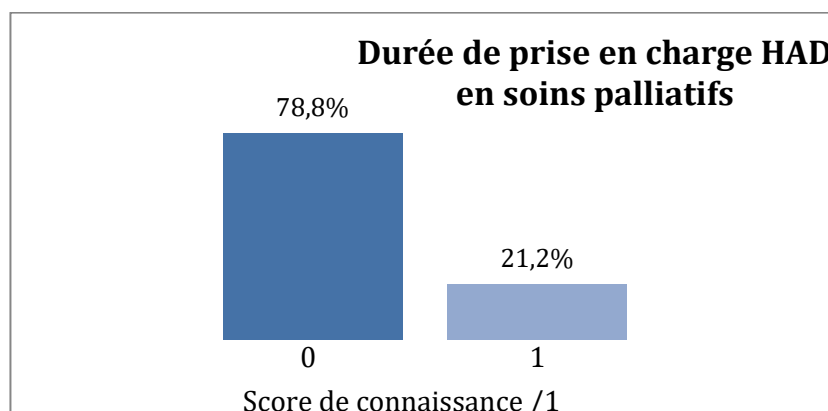


Figure 11 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la durée de prise en charge HAD dans le cadre des soins palliatifs

2.5.6. Chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne la voie :

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| Parentérale | 133 (73.9%) | 83 (78.3%) | 23 (88.5%) | 239 (76.6%) |
| Cutanée | 54 (30%) | 40 (37.7%) | 19 (73.1%) | 113 (36.2%) |
| Orale | 56 (31.1%) | 43 (40.6%) | 22 (84.6%) | 121 (38.8%) |
| Ne sait pas | 41 (22.8%) | 19 (17.9%) | 0 | 60 (19.2%) |

Tableau 22 : Voie d'administration de la chimiothérapie anticancéreuse en HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

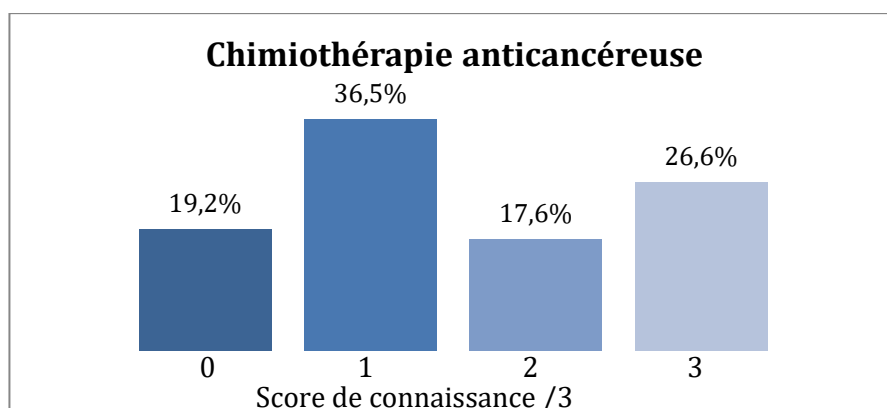


Figure 12 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la voie d'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse en HAD

2.5.7. Prise en charge de la douleur

Question spécifique pour les médecins HAD :

La titration des morphiniques per os justifie-t-elle une HAD ?

| | |
|------------|------------|
| Oui | 5 (19.2%) |
| Non | 21 (80.8%) |

Tableau 23 : Morphiniques per os par les médecins HAD

Question spécifique pour les médecins généralistes et les médecins hospitaliers :

L'utilisation des morphiniques per os justifie-t-elle une HAD ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Oui | 13 (7.2%) | 11 (10.4%) |
| Non | 158 (87.8%) | 89 (84%) |
| Ne sait pas | 9 (5%) | 6 (5.7%) |

Tableau 24 : Morphiniques per os par les prescripteurs

Question commune à tous les médecins :

Pour justifier une HAD, la fréquence d'administration de morphine doit être :

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|-------------|
| Quotidienne | 22 (12.2%) | 16 (15.1%) | 3 (11.5%) | 41 (13.1%) |
| Pluriquotidienne | 32 (17.8%) | 41 (38.7%) | 7 (26.9%) | 80 (25.6%) |
| Par pompe programmable | 123 (68.3%) | 68 (64.2%) | 23 (88.5%) | 214 (68.6%) |
| Ne sait pas | 48 (26.7%) | 26 (24.5%) | 0 | 74 (23.7%) |

Tableau 25 : Fréquence d'administration de morphine pour justifier une HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

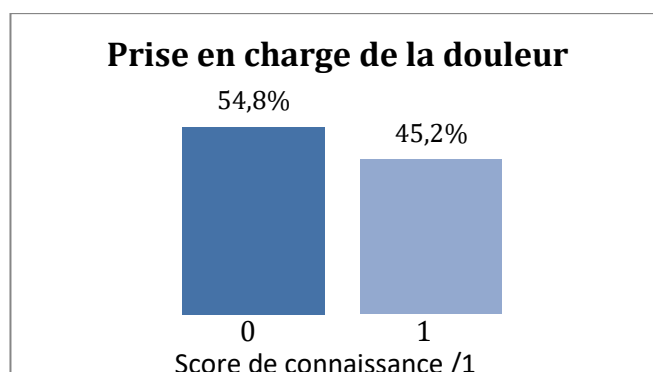


Figure 13 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la prise en charge de la douleur en HAD

2.5.8. Autres traitements

Quels sont ces autres traitements ? (*Question spécifique aux médecins HAD*)

Exemples d'indications entrant dans ce mode de prise en charge :

- Soins qui justifieraient une hospitalisation en MCO si pas HAD (exemples : certaines prises en charges gériatriques polypathologiques que nous ne pouvons coder ailleurs)
- Coordination gériatrique
- Changement de trachéotomie
- Verrou de chambre implantable
- Ponction ascite, ponction pleurale, autre protocole pas encore décrit par d'autres modalités
- Traitement en injection (IV ou SC) administrés de manière pluriquotidienne
- Antibiothérapie à délivrance hospitalière
- Corticoïdes fortes doses (exemple : ponctuel pour basedow)
- PLEUREX®
- Traitements particuliers
 - SANDOSTATINE®
 - Perfusion de fer / d'albumine
 - Aérosols de PENTACARINAT®
 - Immunoglobulines humaines (TEGELINE®), traitement SEP
 - ILOMEDINE® – AKINETON®–EPO
 - Midazolam, MEOPA
 - Kétamine

2.5.9. Pansements

Quelle est la durée moyenne minimale de pansement quotidien justifiant une HAD ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| 15 minutes | 6 (3.3%) | 3 (2.8%) | 0 | 9 (2,9%) |
| 30 minutes | 30 (16.7%) | 27 (25.5%) | 20 (76.9%) | 77 (24,7%) |
| 45 minutes | 22 (12.2%) | 15 (14.2%) | 1 (3.8%) | 38 (12,2%) |
| 60 minutes | 8 (4.4%) | 2 (1.9%) | 4 (15.4%) | 14 (4,5%) |
| Ne sait pas | 114 (63.3%) | 59 (55.7%) | 1 (3.8%) | 174 (55,8%) |

Tableau 26 : Durée moyenne minimale de pansement quotidien

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

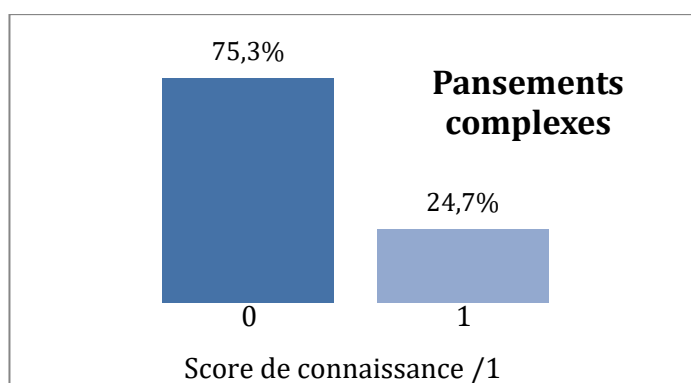


Figure 14 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la prise en charge des pansements complexes en HAD

Question spécifique pour les médecins généralistes et les médecins hospitaliers :

Cela concerne-t-il tous les types de plaies ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Oui | 50 (27.8%) | 32 (30.2%) |
| Non | 41 (22.8%) | 30 (28.3%) |
| Ne sait pas | 89 (49.4%) | 44 (41.5%) |

Tableau 27 : Types de plaies concernées par le mode de prise en charge Pansements complexes en HAD

Question spécifique aux médecins HAD :

A quelle fréquence la réévaluation de la stratégie thérapeutique doit avoir lieu dans le cadre de la prise en charge du MP 09?

| Réévaluation des plaies | Médecins HAD |
|-------------------------|-------------------|
| > 1 fois/semaine | 3 (11.5%) |
| 1 fois / semaine | 21 (80.8%) |
| < 1 fois/semaine | 0 |
| Ne sait pas | 2 (7.7%) |

Tableau 28 : Fréquence de réévaluation des plaies

2.5.10. Post-traitement chirurgical

Question spécifique aux médecins généralistes et hospitaliers :

Quelle est la durée minimale quotidienne de soins nécessaire pour une HAD ?

| Durée minimale quotidienne de soins | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15 minutes | 6 (3.3%) | 5 (4.7%) |
| 30 minutes | 27 (15%) | 19 (17.9%) |
| 45 minutes | 13 (7.2%) | 11 (10.4%) |
| 60 minutes | 12 (6.7%) | 3 (2.8%) |
| Ne sait pas | 122 (67.8%) | 68 (64.2%) |

Tableau 29 : Durée minimale quotidienne de soins en post-traitement chirurgical en HAD

Question spécifique aux médecins HAD :

Quels sont les intervenants de l'équipe soignante concernés dans la prise en charge des soins de plus de 30 minutes ?

| Type d'intervenant | Médecins HAD |
|--------------------------|-----------------------------|
| IDE | 24 (92.3%) |
| Aide soignante | 9 (34.6%) |
| Auxiliaire de vie | 6 (23.1%) |
| Médecin | 10 (38.5%) |
| Ne sait pas | 2 (7.7%) |
| Autres | 2 (7.7%) – kinésithérapeute |

Tableau 30 : Intervenants en post-traitement chirurgical en HAD

2.5.11. Rééducation orthopédique

Question spécifique aux médecins généralistes et hospitaliers :

Quelle est la fréquence de rééducation nécessaire à une HAD en tant qu'indication principale ?

| Fréquence de rééducation | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 fois/semaine | 1 (0.6%) | 0 |
| 2 fois/semaine | 3 (1.7%) | 0 |
| 3 fois/semaine | 18 (10%) | 20 (18.9%) |
| 4 fois/semaine | 6 (3.3%) | 4 (3.8%) |
| 5 fois/semaine | 24 (13.3%) | 10 (9.4%) |
| Ne sait pas | 128 (71.1%) | 72 (67.9%) |

Tableau 31 : Fréquence de rééducation pour la rééducation orthopédique en HAD

Question spécifique aux médecins HAD :

Quels sont les acteurs de rééducation rentrant dans le cadre de ce mode de prise en charge ?

| Type d'intervenant | Médecins HAD |
|-------------------------|--------------|
| Kinésithérapeute | 25 (96.2%) |
| Ostéopathe | 0 |
| Psychomotricien | 10 (38.5%) |
| Ergothérapeute | 15 (57.7%) |
| Prothésiste | 5 (19.2%) |
| Podologue | 2 (7.7%) |
| Ne sait pas | 1 (3.8%) |

Tableau 32 : Acteurs de rééducation orthopédique en HAD

2.5.12. Rééducation neurologique

Question spécifique aux médecins généralistes et hospitaliers :

Quelle est la fréquence de rééducation nécessaire à une HAD en tant qu'indication principale ?

| Fréquence de rééducation | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 fois/semaine | 1 (0.6%) | 0 |
| 2 fois/semaine | 2 (1.1%) | 0 |
| 3 fois/semaine | 18 (10%) | 19 (17.9%) |
| 4 fois/semaine | 8 (4.4%) | 4 (3.8%) |
| 5 fois/semaine | 24 (13.3%) | 10 (9.4%) |
| Ne sait pas | 127 (70.6%) | 73 (68.9%) |

Tableau 33 : Fréquence de rééducation pour la rééducation neurologique en HAD

Question spécifique aux médecins HAD :

Quels sont les acteurs de rééducation rentrant dans le cadre de ce mode de prise en charge ?

| Type d'intervenant | Médecins HAD |
|-------------------------|--------------|
| Kinésithérapeute | 25 (96.2%) |
| Ostéopathe | 0 |
| Orthophoniste | 18 (69.2%) |
| Psychomotricien | 12 (46.2%) |
| Orthoptiste | 3 (11.5%) |
| Ergothérapeute | 15 (57.7%) |
| Ne sait pas | 1 (3.8%) |

Tableau 34 : Acteurs de rééducation orthopédique en HAD

2.5.13. Surveillance post chimiothérapie

Cela concerne-t-il tous les types de chimiothérapies ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|
| Oui | 53 (29.4%) | 33 (31.1%) | 11 (42.3%) | 97 (31,1%) |
| Non | 50 (27.8%) | 31 (29.2%) | 14 (53.8%) | 95 (30,4%) |
| Ne sait pas | 77 (42.8%) | 42 (39.6%) | 1 (3.8%) | 120 (38,5%) |

Tableau 35 : Types de chimiothérapies concernés par une HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

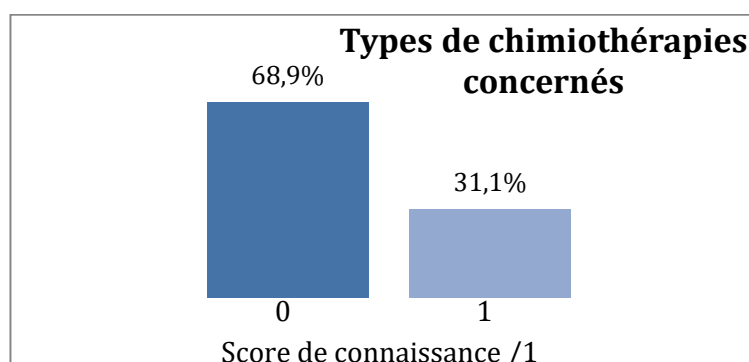


Figure 15 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos des chimiothérapies surveillées en HAD

Quelle est la surveillance dans ce contexte ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|
| Le temps de la chimiothérapie | 45 (25,0%) | 30 (28,3%) | 6 (23,1%) | 81 (26,0%) |
| Entre 2 cures de chimiothérapie | 32 (17,8%) | 33 (31,1%) | 12 (46,2%) | 77 (24,7%) |
| Après la chimiothérapie, pendant une durée déterminée selon la molécule | 34 (18,9%) | 38 (35,8%) | 14 (53,8%) | 86 (27,6%) |
| Après la chimiothérapie, pendant 10 jours | 13 (7,2%) | 2 (1,9%) | 1 (3,8%) | 16 (5,1%) |
| Selon l'intensité des effets secondaires | 62 (34,4%) | 45 (42,5) | 20 (76,9%) | 127 (40,7%) |
| Ne sait pas | 90 (50,0%) | 45 (42,5%) | 1 (3,8%) | 136 (43,6%) |

Tableau 36 : Surveillance de la chimiothérapie en HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

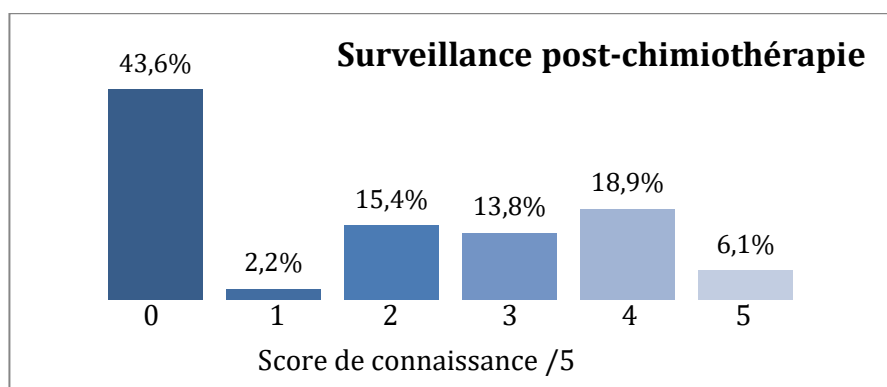


Figure 16 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la surveillance post-chimiothérapie en HAD

2.5.14. Soins de nursing lourds

Quelle est la fréquence minimum des soins nécessaire ?

| Fréquence des soins | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|
| 1x/semaine | 3 (1,7%) | 0 | 0 | 3 (1,0%) |
| 3x/semaine | 7 (3,9%) | 10 (9,4%) | 0 | 17 (5,4%) |
| 5x/semaine | 10 (5,6%) | 10 (9,4%) | 1 (3,8%) | 21 (6,7%) |
| 1h/jour | 37 (20,6%) | 18 (17,0%) | 9 (34,6%) | 64 (20,5%) |
| 2h/jour | 20 (11,1%) | 10 (9,4%) | 15 (57,7%) | 45 (14,4%) |
| 3h/jour | 5 (2,8%) | 1 (0,9%) | 1 (3,8%) | 7 (2,2%) |
| Ne sait pas | 98 (54,4%) | 57 (53,8%) | 0 | 155 (49,7%) |

Tableau 37 : Fréquence minimum des soins nécessaire pour les soins de nursing lourds en HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

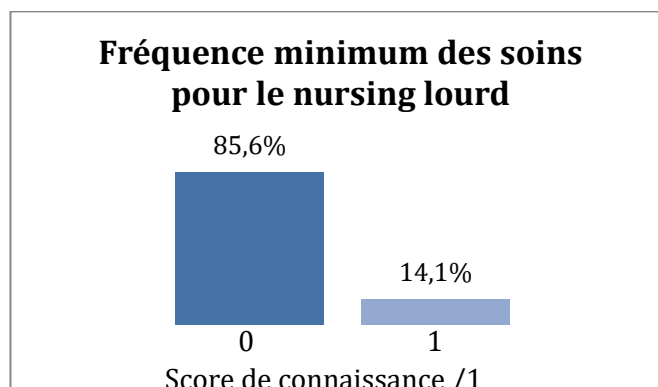


Figure 17 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos des soins de nursing lourds en HAD

Question spécifique pour les médecins HAD :

Quels sont les intervenants de l'équipe soignante entrant dans ce temps minimal d'intervention ?

| Intervenants | Médecins HAD |
|--------------------------|-------------------|
| Médecin | 7 (26,9%) |
| Kinésithérapeute | 9 (34,6%) |
| Infirmier(e) | 25 (96,2%) |
| Aide-soignant(e) | 24 (92,3%) |
| Auxiliaire de vie | 17 (65,4%) |
| Psychologue | 3 (11,5%) |
| Assistant(e) social(e) | 6 (23,1%) |
| Diététicien(ne) | 2 (7,7%) |

Tableau 38 : Intervenants pris en compte dans les soins de nursing lourds en HAD

2.5.15. Education du patient et/ou de son entourage

Quelles situations peuvent être concernées par cette prise en charge ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------|-------------------|
| Mise en place d'un traitement par insuline | 44 (24,4%) | 47 (44,3%) | 19 (73,1%) | 110 (35,3%) |
| Mise en place d'un traitement par AVK | 20 (11,1%) | 21 (19,8%) | 10 (38,5%) | 51 (16,3%) |
| Mise en place d'un régime alimentaire pour une maladie chronique | 29 (16,1%) | 27 (25,5%) | 8 (30,8%) | 64 (20,5%) |
| Apprentissage à l'utilisation de matériel médical /paramédical | 86 (47,8%) | 60 (56,6%) | 19 (73,1%) | 165 (52,9%) |
| Situations complexes | 114 (63,3%) | 64 (60,4%) | 21 (80,8%) | 199 (63,8%) |
| Ne sait pas | 62 (34,4%) | 33 (31,1%) | 3 (11,5%) | 98 (31,4%) |

Tableau 39 : Situations concernées par l'éducation en HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

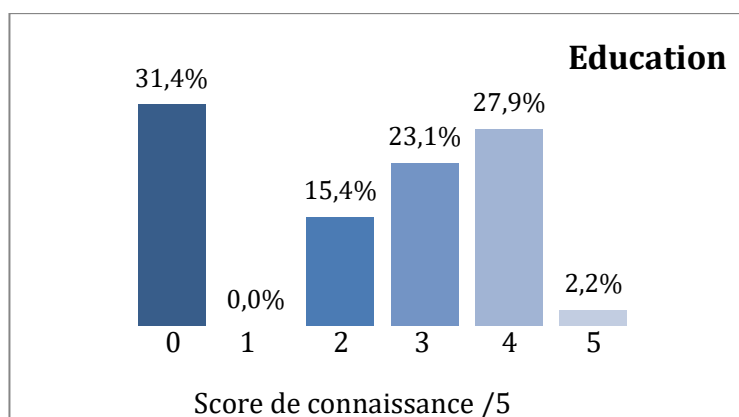


Figure 18 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de l'éducation en HAD

Question spécifique pour les médecins HAD :

L'éducation de l'entourage à l'évaluation de la douleur et utilisation de la pompe CADD® de morphine rentre-t-elle dans ce cadre ? Si oui, peut-on l'associer au MP04 soins palliatifs dans ce cadre ?

| Education à l'évaluation de la douleur et utilisation de la pompe CADD® ? | n (%) |
|---|------------|
| Oui | 11 (42,3%) |
| Non | 12 (46,2%) |
| Ne sait pas | 3 (11,5%) |

| Si oui, association au MP04 ? | n (%) |
|-------------------------------|------------|
| Oui | 6 (23,1%) |
| Non | 16 (61,5%) |
| Ne sait pas | 4 (15,4%) |

Tableau 40 : Education à l'évaluation de la douleur et à l'utilisation de pompe dans le cadre de l'HAD

2.5.16. Surveillance de radiothérapie

De quels effets secondaires s'agit-il ?

| Effets secondaires | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Global |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|--------------------|
| Immédiats | 65 (36,1%) | 51 (48,1%) | 26 (100%) | 142 (45,5%) |
| Retardés | 64 (35,6%) | 45 (42,5%) | 18 (69,2%) | 127 (40,7%) |
| Locorégionaux | 80 (44,4%) | 51 (48,1%) | 26 (100%) | 157 (50,3%) |
| Généraux | 76 (42,2%) | 55 (51,9%) | 22 (84,6%) | 153 (49,0%) |
| Nutritionnels | 62 (34,4%) | 49 (46,2%) | 19 (73,1%) | 130 (41,7%) |
| Cliniques | 66 (36,7%) | 49 (46,2%) | 23 (88,5%) | 138 (44,2%) |
| Biologiques | 46 (25,6%) | 41 (38,7%) | 14 (53,8%) | 101 (32,4%) |
| Psychologiques | 63 (35,0%) | 41 (38,7%) | 11 (42,3%) | 115 (36,9%) |
| Ne sait pas | 83 (46,1%) | 42 (39,6%) | 0 | 125 (40,1%) |

Tableau 41 : Effets secondaires de la radiothérapie surveillés en HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

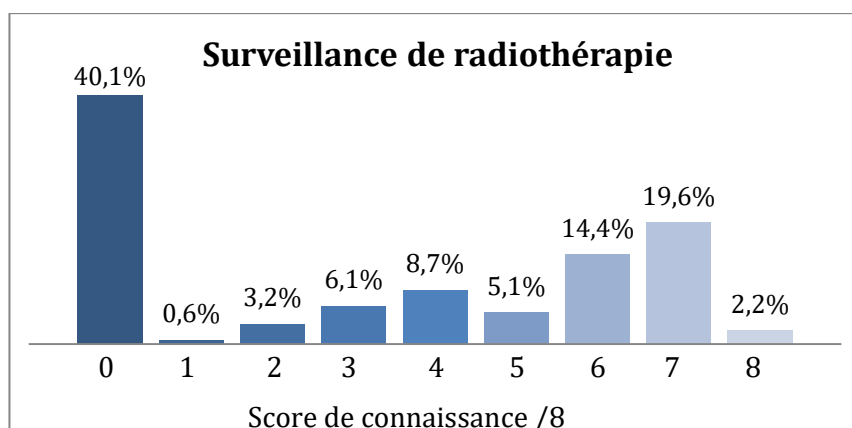


Figure 19 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la surveillance de radiothérapie en HAD

2.5.17. Transfusion sanguine

Quel(s) produit(s) sanguin(s) labile(s) cela concerne-t-il ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|--------------------|
| Globules rouges | 77 (42,8%) | 54 (50,9%) | 19 (73,1%) | 150 (48,1%) |
| Plasma | 43 (23,9%) | 19 (17,9%) | 3 (11,5%) | 65 (20,9%) |
| Plaquettes | 46 (25,6%) | 24 (22,6%) | 6 (23,1%) | 76 (24,4%) |
| Ne sait pas | 97 (53,9%) | 52 (49,1%) | 7 (26,9%) | 156 (50,0%) |

Tableau 42 : Produits sanguins labiles concernés par la transfusion en HAD

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous :

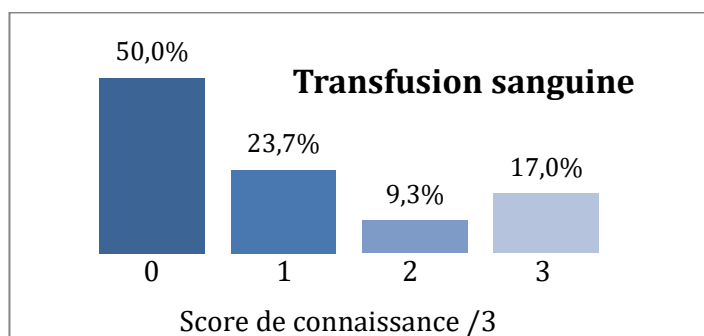


Figure 20 : Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la transfusion sanguine en HAD

Question spécifique pour les médecins HAD :

Une prise en charge ponctuelle seulement pour des transfusions occasionnelles est-elle possible ?

| PEC transfusions occasionnelles ? | n (%) |
|-----------------------------------|------------|
| Oui | 13 (50,0%) |
| Non | 5 (19,2%) |
| Ne sait pas | 8 (30,8%) |

Tableau 43 : Transfusions occasionnelles en HAD

2.5.18. Surveillance d'aplasie

Une aplasie fébrile peut-elle être prise en charge en HAD ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total |
|-------------|-----------------------|-----------------------|--------------|-------------|
| Oui | 51 (28,3%) | 40 (37,7%) | 22 (84,6%) | 113 (36,2%) |
| Non | 62 (34,4%) | 32 (30,2%) | 4 (15,4%) | 98 (31,4%) |
| Ne sait pas | 67 (37,2%) | 34 (32,1%) | 0 | 101 (32,4%) |

Tableau 44 : Aplasie fébrile en HAD

Pourquoi ?

| | Non | Oui |
|------------------------------|--|---|
| Médecins généralistes | <ul style="list-style-type: none"> - Isolement / chambre stérile - Hospitalisation nécessaire - Risque d'aggravation (infection, choc septique, décompensation rapide) - Nécessité examens complémentaires - Nécessité d'une surveillance continue voire en soins intensifs - Notion de danger et de PEC trop lourde - « tout dépend de l'état de santé initial du patient et du contexte » | <ul style="list-style-type: none"> - Examens complémentaires et soins rapides - Eviter le risque d'infections nosocomiales - Antibiothérapie IV, traitements hospitaliers - Surveillance clinique accrue - Coordination avec la structure hospitalière - Notion de soins complexes - Avec conditions (palliatif, refus hospitalisation, etc) |
| Médecins hospitaliers | <ul style="list-style-type: none"> - Isolement / chambre stérile - Hospitalisation nécessaire - Risque d'aggravation (infection, choc septique, décompensation rapide, risque vital) - Nécessité d'une surveillance intense - Prise en charge infectieuse délicate | <ul style="list-style-type: none"> - Limiter le risque d'infections nosocomiales - Moins de germes multi-résistants - Eviter passage hospitalier - Antibiothérapies protocolisées |
| Médecins HAD | <ul style="list-style-type: none"> - Risque de choc - Pas de critère d'HAD car effet secondaire très fréquent | <ul style="list-style-type: none"> - Antibiothérapie adaptée - Traitement et surveillance adaptés - Eviter hospitalisation - Coordination téléphonique - Continuité des soins en absence de sepsis sévère |

Tableau 45 : Raisons de la prise en charge d'une aplasie fébrile en HAD ou non (par ordre de fréquence)

Le nombre de bonnes réponses (par rapport au référentiel (*Annexe 6*)), soit le score de connaissance, est représenté sur le graphique ci-dessous.

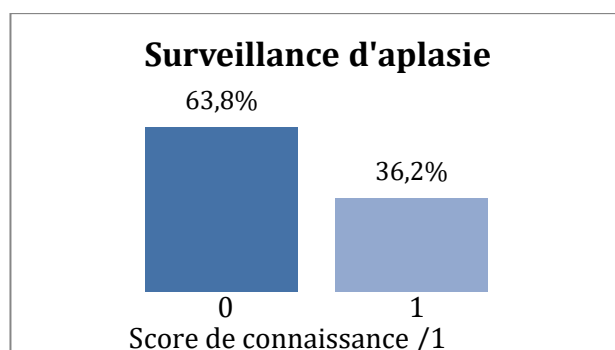


Figure 21: Répartition des médecins selon leur score de connaissance à propos de la surveillance d'aplasie en HAD

Question spécifique pour les médecins HAD :

L'antécédent d'aplasie avec une même chimiothérapie peut-elle justifier une HAD avec ce mode de prise en charge ?

| Antécédent d'aplasie avec une même chimiothérapie justifie-t-elle une HAD ? | n (%) |
|---|------------|
| Oui | 14 (53,8%) |
| Non | 11 (42,3%) |
| Ne sait pas | 1 (3,8%) |

Tableau 46 : Antécédent d'aplasie et HAD

2.5.19. Prise en charge psychologique ou sociale

Cette question s'adressait uniquement aux médecins coordonnateurs HAD.

Le codage pour ce mode de prise en charge est-il licite pour les propositions suivantes ?

| Le codage pour ce mode de prise en HAD est licite : | Oui | Non | Ne sait pas |
|--|------------|------------|-------------|
| Même si la prise en charge psychologique ou sociale est refusée par le patient ou l'entourage ? | 4 (15,4%) | 19 (73,1%) | 3 (11,5%) |
| Les jours d'intervention de l'assistante sociale ou psychologue seulement ? | 2 (7,7%) | 20 (76,9%) | 4 (15,4%) |
| Le temps d'intervention (de la première à la dernière consultation) ? | 17 (65,4%) | 5 (19,2%) | 4 (15,4%) |
| Pendant toute la durée du séjour dès lors que la psychologue ou assistante sociale est intervenue au moins une fois ? | 6 (23,1%) | 16 (61,5%) | 4 (15,4%) |

Tableau 47 : Prise en charge psychologique ou sociale en HAD

2.5.20. Libéral exclusif ou HAD ?

Qu'est-ce qui différencie une prise en charge en HAD du secteur libéral exclusif ?

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| Coordination des soins | 121 (67.2%) | 96 (90.6%) | 25 (96.2%) |
| Densité des soins | 128 (71.1%) | 81 (76.4%) | 19 (73.1%) |
| Permanence des soins | 134 (74.4%) | 88 (83%) | 23 (88.5%) |
| Coût journalier | 61 (33.9%) | 40 (37.7%) | 8 (30.8%) |
| Choix du patient | 34 (18.9%) | 24 (22.6%) | 7 (26.9%) |
| Autre | 12 (6.7%) | 1 (0.9%) | 2 (7.7%) |

Tableau 48 : Distinction d'une prise en charge en HAD versus libéral exclusif

Autres :

- Les apports techniques (VAC®-thérapie / nécessité de PERFALGAN® ...)
- Facilité d'obtention des examens paracliniques et des produits à usage hospitalier
- Médicaments hospitaliers nécessaires
- L'accès à des dispositifs ou médicaments en prescription hospitalière ; le recours à des dispositifs coûteux et mal pris en charge par la sécurité sociale
- L'accès à des professionnels de santé non disponibles en libéral : psychologues, assistants sociaux... / Prise en charge sociale et diététicienne
- Le suivi du patient
- Difficultés relationnelles de plus en plus difficiles avec les services hospitaliers
- Une meilleure évaluation du patient du fait de l'insuffisance de formation des IDE libérales à apprécier la gravité de la situation du patient
- Trop chronophage pour le libéral
- La lourdeur de l'hôpital
- Décision prise suite à un séjour hospitalier sans la concertation du médecin traitant en général...
- Rien

2.5.21. Pour améliorer votre pratique courante, que manquerait-il dans les critères d'admission en HAD ?

Les réponses ont été codées de manière sommaire, et se regroupent sous plusieurs items :

- Information +++

Les médecins souhaitent une information plus précise, plus claire, plus synthétique, plus compréhensible. Les idées soumises pour cette information sont diverses et variées : plaquette d'information, mémento synthétique, document ou lien internet, référentiel.

- Formation

Hormis l'information, les médecins prescripteurs désirent également être formés. Cette formation pourrait être réalisée sous forme de réunion d'information permettant dans le même temps de connaître l'équipe de la structure d'HAD.

- Plus d'implication du médecin traitant et des libéraux

Une coordination renforcée avec le médecin traitant, des visites communes HAD/médecin généraliste, une décision partagée obligatoire avec le médecin traitant...

- Plus de précisions dans les critères d'admission avec notamment la précision des critères de temps
- Une prise en charge centrée sur le patient, en se basant notamment sur la fragilité et l'instabilité du patient, et en trouvant une meilleure adéquation entre la théorie et la pratique
- Une revalorisation de la rémunération des libéraux
- Plus de disponibilités des HAD
- De nouvelles indications (dialyse péritonéale, démences, attente d'EHPAD, suivi psychiatrique lourd, patient poly pathologique...)
- La notion du coût de l'HAD
- Une organisation de la structure différente : obligation d'intervention du personnel salarié de l'HAD
- Le dossier médical partagé HAD/hôpital/ville
- Plusieurs médecins ont répondu qu'ils ne savaient pas ce qui pourrait améliorer leur pratique, en raison notamment d'un manque de connaissance des indications. D'autres ne voyaient rien à apporter à l'actuel fonctionnement de l'HAD.

3. ASSOCIATIONS SCORES DE CONNAISSANCE – GROUPES DE MEDECINS – NIVEAU DE PRECISION DES INDICATIONS

3.1. Association scores de connaissance – groupes de médecins

Chaque mode de prise en charge étudié a été regroupé dans les groupes A, B ou C en fonction de leurs caractéristiques. Les soins ponctuels ou groupe A regroupent l'assistance respiratoire, la nutrition parentérale et entérale, les traitements intraveineux, la chimiothérapie anti-cancéreuse, les pansements complexes ainsi que la transfusion sanguine. La somme des items communs aux trois groupes correspondant aux soins ponctuels est de 49. Les soins continus ou groupe B regroupent les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, le nursing lourd, la surveillance post chimiothérapie, post radiothérapie et aplasie. La somme des items communs aux trois groupes correspondant aux soins continus est de 9. La réadaptation à domicile ou groupe C regroupent l'éducation du patient et/ou de son entourage, post traitement chirurgical, la rééducation neurologique et orthopédique, la prise en charge psychosociale. Seule l'éducation du patient et de son entourage présentait une question commune aux trois groupes de médecins et a été analysée seule.

| GROUPE A : soins ponctuels | GROUPE B : soins continus | GROUPE C : réadaptation à domicile |
|-----------------------------------|--|---|
| Assistance respiratoire | Soins palliatifs | Éducation du patient et/ou de son entourage |
| Nutrition parentérale et entérale | Prise en charge de la douleur | Post traitement chirurgical |
| Traitements intraveineux | Nursing lourd | Rééducation neurologique et orthopédique |
| Chimiothérapie anti-cancéreuse | Surveillance post chimiothérapie, post radiothérapie | Prise en charge psychosociale |
| Pansements complexes | Aplasie | |
| Transfusion sanguine | | |
| TOTAL : 49 | TOTAL : 9 | TOTAL : 5 |

Tableau 49 : Groupes A/B/C de modes de prise en charge en HAD

Nous avons corrélé le score de connaissance à chaque groupe de médecins par mode de prise en charge (regroupé en groupes A, B ou C).

| | Médecins généralistes | Médecins hospitaliers | Médecins HAD | Total | p |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------|
| Groupe A : soins ponctuels | | | | | |
| Moyenne (écart-type) * | 19,08 (8,14) | 21,26 (8,03) | 33,28 (5,62) | 21,00 (1,88) | <0,001 |
| Groupe B : soins continus | | | | | |
| Moyenne (écart-type) ** | 3,16 (1,79) | 3,18 (1,77) | 5,63 (1,47) | 3,37 (1,88) | <0,001 |
| Groupe C : éducation | | | | | |
| 0/5 - n(%) | 62 (34,4%) | 33 (31,1%) | 3 (11,5%) | 98 (31,4%) | |
| 1/5 - n(%) | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2/5 - n(%) | 32 (17,8%) | 14 (13,2%) | 2 (7,7%) | 48 (15,4%) | 0,029 |
| 3/5 - n(%) | 44 (24,4%) | 20 (18,9%) | 8 (30,8%) | 72 (23,1%) | |
| 4/5 - n(%) | 39 (21,7%) | 35 (33,0%) | 13 (50,0%) | 87 (27,9%) | |
| 5/5 - n(%) | 3 (1,7%) | 4 (3,8%) | 0 | 7 (2,2%) | |
| * score maximum théorique de 49 avec un minimum obtenu de 0 et un maximum obtenu de 46,67. | | | | | |
| ** score maximum théorique de 9 avec un minimum obtenu de 0 et un maximum obtenu de 8,63. | | | | | |

Tableau 50 : Association scores de connaissance – groupes de médecins

3.2. Association scores de connaissance – niveau de précision des indications

Nous avons confronté les scores de connaissance de chaque groupe de mode de prise en charge (regroupés en groupes A, B ou C) au critère de jugement principal.

| | Niveau de précision des indications (CJP) | | | | Total | p |
|-----------------------------------|---|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Groupe A : soins ponctuels | | | | | | |
| Moyenne (écart-type) * | 15,15 (10,16) | 19,57 (8,67) | 22,24 (8,11) | 25,54 (9,84) | 21,00 (8,79) | <0,001 |
| Groupe B : soins continus | | | | | | |
| Moyenne (écart-type) ** | 2,54 | 3,17 | 3,52 | 4,26 | 3,37 | 0,019 |
| Groupe C : éducation | | | | | | |
| 0/5 - n(%) | 10 (52,6%) | 43 (37,1%) | 41 (26,6%) | 4 (23,5%) | 98 (31,4%) | 0,006 |
| 1/5 - n(%) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2/5 - n(%) | 2 (10,5%) | 16 (13,8%) | 28 (17,5%) | 2 (11,8%) | 48 (15,4%) | |
| 3/5 - n(%) | 4 (21,1%) | 23 (19,8%) | 43 (26,9%) | 2 (11,8%) | 72 (23,1%) | |
| 4/5 - n(%) | 3 (15,8%) | 31 (26,7%) | 45 (28,1%) | 8 (47,1%) | 87 (27,9%) | |
| 5/5 - n(%) | 0 | 3 (2,6%) | 3 (1,9%) | 1 (5,9%) | 7(2,2%) | |
| Total | 19 (100%) | 116 (100%) | 160 (100%) | 17 (100%) | 312 (100%) | |
| * score maximum théorique de 49. | | | | | | |
| **score maximum théorique de 9. | | | | | | |

Tableau 51 : Association scores de connaissance – niveau de précision des indications

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1. FORCES DE L'ETUDE

1.1.1. Résultats de l'étude

Bien que le taux de réponse global n'atteigne que 28,4%, le nombre de réponses à notre étude est important, avec plus de 300 participants. Les résultats obtenus n'ont pas permis de retrouver de différences significatives entre les groupes de médecins sur le niveau de précision des indications. Cependant le score de connaissance était significativement différent entre les médecins prescripteurs et HAD. La puissance de cette étude était satisfaisante pour arriver à ces résultats.

1.1.2. Méthodologie innovante sur le sujet

De nombreuses études qualitatives ont été réalisées sur l'HAD mais très peu d'études quantitatives ont été menées. Les médecins étaient jusqu'alors interrogés sur leur ressenti, leurs attentes, leurs freins à la prescription, mais pas sur leurs connaissances.

Plusieurs travaux de thèses ont été réalisés sur l'HAD, dont la méthodologie était principalement qualitative. En effet, les recherches effectuées sur ce sujet ont essentiellement abordé le ressenti, le vécu, les attentes, ... des médecins généralistes (58) (59) (15).

Les quelques sujets avec une recherche quantitative n'abordaient pas les indications d'HAD.

De ce fait, il n'est pas possible d'effectuer de comparaisons. Mais il serait intéressant d'évaluer dans quelques années les connaissances des médecins prescripteurs et HAD sur le sujet, afin notamment de percevoir l'effet de l'information des prescripteurs.

1.1.3. Etablissement d'une grille d'aide à l'orientation des patients

Cette étude a permis l'élaboration d'une grille d'aide à l'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs. Cette grille devra faire l'objet d'évaluation de pertinence et d'efficacité, avec des modifications régulières de par l'évolution des référentiels.

1.1.4. Travail à deux

Devant le grand échantillon de médecins, cette étude a été réalisée à deux afin de pouvoir contacter tous les médecins concernés, d'une part les médecins généralistes et d'autre part les médecins HAD et hospitaliers. Cet élément a permis de pouvoir croiser les réponses et en analyser les spécificités au sein de chaque groupe.

1.2. LIMITES DE L'ETUDE

1.2.1. Limites liées au référentiel actuel

Dans notre étude, nous avons pris pour base les modes de prise en charge référencés par la DGOS dans le guide de l'ATIH (17) qui sert aux médecins HAD à la cotation des actes pratiqués en HAD. Ce choix a été fait car il n'existe pas d'autres référentiels précis pour les indications d'HAD. Si ce guide ne constitue pas un outil générique auquel les prescripteurs peuvent faire référence pour justifier le transfert en HAD, il propose dans ses annexes certains éléments d'information pour chaque mode de prise en charge sur les besoins en soins pouvant être pris en charge en HAD (en fonction de leur lourdeur, technicité, répétitivité...).

Cela constitue une limite car ce référentiel, bien qu'accessible à tous, n'est alors utilisé que par les médecins coordonnateurs. Il n'y a malheureusement pas de consensus à l'heure actuelle plus global et accessible autre que ce référentiel. Le code de santé publique définit l'HAD de façon générale mais est très vague sur ses missions spécifiques et peu concret pour les médecins prescripteurs. Cela conduit à une certaine confusion entre les modes de prise en charge qui sont la base de cotation tarifaire des séjours en HAD et les indications médicales pour les prescripteurs. Il en est de même pour les médecins HAD qui se basent sur ce guide ATIH très cadrant et soumis à interprétation par les différentes HAD, entraînant des pratiques très différentes sur le territoire. Les médecins de la sécurité sociale et du DIM (Département d'Information Médicale) font eux aussi face à cette confusion majeure entre les critères de ce guide et le code de santé publique laissant place à une subjectivité importante dans l'évaluation des séjours en HAD.

Les outils d'aide à la prescription d'HAD retrouvés en France ont pour objectif d'aider les médecins coordonnateurs à accepter ou non une demande d'HAD mais n'aident pas à appuyer le prescripteur dans son choix d'orientation en HAD.

1.2.2. Limites liées à la non homogénéité des pratiques

Il existe une divergence entre ce référentiel et le code de santé publique, et chaque HAD interprète ce référentiel à sa façon. Ceci est à l'origine d'une hétérogénéité des pratiques entre HAD. En effet, nous pouvons constater par exemple dans le cadre des transfusions, que certaines HAD ne transfusent pas du tout et ne savent pas qu'elles ont la possibilité de transfuser à domicile.

Certains référentiels établis par la HAS comme celui des chimiothérapies en HAD (33) permettent d'homogénéiser les pratiques. Mais il en existe très peu en médecine adulte. En obstétrique, ce référentiel est très clair et permet de réaliser des prises en charge comparables sur le territoire national (60).

Les HAD de Rhône-Alpes n'ont visiblement pas toutes les mêmes pratiques et les mêmes activités, appuyant le manque de référentiel précis.

Par ailleurs, ce questionnaire interrogeait les praticiens d'un territoire défini et restreint. Au vu de la non homogénéité des pratiques en Rhône-Alpes, on peut supposer que les pratiques sont également différentes dans les autres régions ; ainsi les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la France entière.

1.2.3. Limites liées à la méthodologie

1.2.3.1. Type d'étude

La recherche quantitative est un choix qui a été fait car le questionnement reposait sur un référentiel d'indications. Les questions fermées orientaient peut-être le sujet à cocher l'une des propositions, cependant les enquêtés avaient le choix « ne sait pas » à leur disposition.

1.2.3.2. Support de l'étude

Le support informatique a été choisi pour un traitement des données plus aisé et pour une diffusion plus large. De plus, il était possible d'utiliser des questions à réponse obligatoire, permettant d'obtenir toutes les données.

1.2.3.3. Biais de sélection

- Echantillonnage

Nous avons, dans cette étude, interrogé les médecins prescripteurs de la Drôme et de l'Ardèche. En revanche, devant le faible nombre de médecins HAD en Drôme-Ardèche, nous avons étendu le territoire à la région Rhône-Alpes pour ces derniers. De ce fait, le territoire des prescripteurs est plus circonscrit (deux départements) par rapport aux médecins HAD consultés (une région). C'est pourquoi nous n'avons pas procédé à une sélection des médecins prescripteurs, ils ont tous été contactés.

De plus, initialement, nous souhaitions interroger les médecins de la sécurité sociale afin d'avoir un regard sur l'aspect administratif et économique de notre questionnaire. Ces derniers n'ont pas souhaité donner suite à notre étude.

Les médecins HAD sont ainsi en proportion très minoritaires par rapport aux prescripteurs.

- Sélection et recrutement

Pour les médecins généralistes, ils ont été contactés par mail. Ces mails ont été obtenus soit par le Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins (Ardèche) soit par le laboratoire d'analyses médicales Unibio ou encore la base de données du logiciel Arcan® de l'HAD de Crest. En

conséquence, notre étude se limite aux médecins généralistes informatisés et utilisant internet dans la prise en charge des patients, ou ayant déjà eu une expérience avec l'HAD de Crest.

Pour les médecins hospitaliers, nous sommes passés par les présidents de CME de chaque établissement de santé des départements Drôme-Ardèche. Certains présidents de CME n'ont pas fait suivre le mail, d'autres n'ont pas répondu. Une clinique n'a pas souhaité que nous contactions le président de CME. L'hôpital de Montélimar n'avait pas la possibilité d'ouvrir le lien de notre questionnaire, nous avons donc dû nous rendre sur place pour rencontrer les praticiens disponibles. Mais nous n'avons pas tous pu les rencontrer.

- **Non-réponses**

Les causes de non réponses retrouvées ont été l'absence de mail professionnel pour certains médecins généralistes, mais aussi des adresses invalides et le refus de nous communiquer leur adresse électronique. Certains médecins généralistes ont refusé car ils ne se sentaient pas concernés par l'HAD n'intervenant pas dans leur secteur d'exercice. En hospitalier, les adresses mails de diffusion sont les adresses professionnelles, certains médecins ne les consultent que très rarement. De plus, certains établissements hospitaliers n'ont pas souhaité diffuser notre questionnaire à leurs médecins à cause du travail administratif que cela leur demandait. Enfin, certains hôpitaux n'avaient pas de navigateur compatible avec notre questionnaire empêchant l'ouverture du document (une intervention sur place a permis de limiter ce problème). Du côté des médecins coordonnateurs HAD, ils ont tous été contactés. Nombre d'entre eux ont évoqué, lors des relances téléphoniques, un manque de temps pour répondre au questionnaire. A noter que la directrice de ce travail, étant médecin coordonnateur HAD, n'a pas répondu à l'étude afin de ne pas biaiser les réponses.

- **Effet de mobilisation**

L'envoi d'un questionnaire expose au risque d'effet de mobilisation. En effet, la plupart des médecins ayant répondu sont probablement ceux qui se sentent les plus concernés par l'hospitalisation à domicile, ou au contraire, ceux qui sont les plus frileux et revendicateurs par rapport à ce mode de prise en charge. De même, les médecins contactés par connaissances répondent plus facilement, dans une optique de satisfaire l'enquêteur.

Les relances téléphoniques ont également majoré cet effet de mobilisation.

1.2.3.4. Biais d'information

L'enquête par questionnaire constitue en soi un biais car les enquêtés sont tentés de répondre en indiquant ce qu'ils pensent qu'il est correct et non ce qu'ils pensent réellement. Ce biais est limité par l'anonymisation des données.

1.2.3.5. Biais d'interprétation

Il existe quelques questions ouvertes dans notre questionnaire, amenant l'enquêteur à interpréter les résultats. Cependant les QROC ne concernaient pas le critère de jugement principal, n'influençant pas le résultat principal de l'étude.

2. DISCUSSION DES RESULTATS

2.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE ET SA REPRESENTATIVITE

2.1.1. Médecins généralistes

2.1.1.1. Sexe

La population de médecins généralistes de notre étude était composée de 63% d'hommes contre 37% de femmes.

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 46% de médecins généralistes femmes, alors que ce chiffre s'abaissait à 29% (61) en 2007. Nous ne retrouvons pas autant cette notion de féminisation de la profession.

La différence de répartition du sexe dans la population de notre étude peut s'expliquer par l'attrait plus important pour le salariat au détriment de la médecine libérale, qui est en décroissance depuis quelques années (62). De plus, on peut se dire que parmi la forte proportion de femmes aujourd'hui, nombres d'entre elles se dirigent plutôt vers une activité salariée et principalement hospitalière. Ce tournant dans l'exercice médical pourrait être dû à la recherche d'une meilleure couverture sociale notamment dans le domaine de la maternité.

2.1.1.2. Age

La classe d'âge des médecins généralistes la plus représentée dans notre étude était celle des 50 à 65 ans.

Au 1^{er} janvier 2016, la classe d'âge la plus représentée en France était également celle des 50 à 65 ans (61). Les proportions des différentes classes d'âges étaient similaires à celles retrouvées dans notre étude.

Nous pouvons alors constater que les médecins généralistes sont en grande partie des médecins ayant connu le développement de l'HAD, avec ses failles. Les années passant, l'organisation de l'HAD s'est améliorée en tenant compte des attentes et des craintes des médecins généralistes, notamment en plaçant le médecin traitant au cœur de la prise en charge de son patient.

On peut supposer que les médecins plus jeunes ne connaissent pas ces craintes. Les freins d'aujourd'hui ne sont probablement pas les freins d'hier. L'objectif est de faire tomber ces limites, dont le manque d'information et de communication.

2.1.1.3. Secteur d'activité

Environ 54% des médecins généralistes exerçaient en semi-rural dans notre étude, les autres se partageaient l'activité rurale et l'activité urbaine.

Les termes « rural, semi-rural et urbain » sont complexes et font appel aux représentations de chacun. Par exemple, le terme de ruralité fait référence au nombre d'habitants (<2000), mais aussi pour certains d'entre eux à la notion de vieillissement de la population et à son caractère « agricole ». L'interprétation des données est alors subjective et dépend de la densité de zones rurales.

Dans notre étude, la proportion de médecins installés en rural était de l'ordre de 22%, alors qu'en France en 2007, ils étaient 18%.

2.1.1.4. Mode d'exercice

Les médecins généralistes de notre étude exerçaient pour 2/3 en groupe et 1/3 seuls.

Les médecins généralistes libéraux étaient 54% à déclarer travailler en groupe en 2009 et 2011 (61). La différence observée peut s'expliquer par l'augmentation de l'activité mixte, invitant davantage à l'exercice de groupe, avec le partage des locaux et du personnel.

2.1.2. Médecins hospitaliers

2.1.2.1. Sexe

Les médecins hospitaliers, regroupant dans notre étude les spécialités médicales (hors médecine générale) et chirurgicales, étaient représentés par 45,3% d'hommes et 54,7% de femmes.

Au 1^{er} janvier 2016, en France, les médecins de spécialités médicales hors médecine générale étaient représentés par autant de femmes que d'hommes. Alors que pour les spécialités chirurgicales, les femmes ne représentaient que 29% (61).

Une grande proportion de spécialistes (hors médecins généralistes) exerce en milieu hospitalier : 2/3 pour les spécialités médicales et plus de 80% des chirurgiens (61).

Or dans notre étude, nous avons interrogé uniquement les médecins hospitaliers. Et comme nous l'avons évoqué précédemment, il se pourrait que les femmes médecins se dirigent plutôt vers le salariat et notamment l'hospitalier. Ce qui peut expliquer cette forte proportion de femmes dans notre étude par rapport à la population française.

2.1.2.2. Age

La classe d'âge des médecins hospitaliers de notre étude la plus représentée est celle des 35 à 50 ans avec une proportion de 47%, suivie de celle des 50 à 65 ans avec 42%.

Au 1^{er} janvier 2016 en France, la classe d'âge la plus représentée des médecins spécialistes médicaux (hors médecins généralistes) et chirurgicaux était celle des 50 à 65 ans pour 50% d'entre eux et 49%, suivie des 35 à 50 ans pour 32% et 35% respectivement (61). Ces proportions ne sont pas comparables à celles de notre étude en raison de la prise en compte des médecins spécialistes libéraux. On ne peut donc pas conclure quant à l'âge de notre population de médecins hospitaliers.

2.1.3. Médecins coordonnateurs HAD

2.1.3.1. Sexe & Age

Près de $\frac{3}{4}$ de notre population de médecins coordonnateurs HAD étaient des femmes.

Les classes d'âge sont ici réparties différemment puisque les 35 à 50 ans dominent avec 38,5% suivis des moins de 35 ans (30,8%) et des 50 à 65 ans (26,9%). Les plus de 65 ans sont ici minoritaires.

Il est difficile de comparer notre population à la France, puisque les médecins coordonnateurs peuvent être des médecins généralistes mais également des médecins d'autres spécialités. Aucun recensement des médecins HAD en France n'a été établi jusque-là.

2.1.3.2. Ancienneté

Les médecins coordonnateurs HAD de notre étude occupent depuis peu ce poste, puisque la moyenne d'ancienneté était de 5 ans avec des extrémités à 2003 et 2016.

Cela confirme la nouveauté de ce mode de prise en charge. Ce qui pourrait expliquer notamment la part féminine du personnel médical de l'HAD.

N'ayant pas de référence, aucune comparaison avec l'ensemble des médecins HAD en France n'a pu être établie dans notre étude.

2.2. LES MODES DE PRISE EN CHARGE

2.2.1. Soins ponctuels

Les soins ponctuels regroupaient l'assistance respiratoire, les nutritions parentérale et entérale, les traitements intraveineux, la chimiothérapie anti-cancéreuse, les pansements complexes ainsi que la transfusion sanguine.

2.2.1.1. Assistance respiratoire

Un peu plus d'un quart des médecins ont un score de connaissance de 100% pour identifier les situations qui sont compatibles avec l'HAD. Si nous revenons en détails sur les propositions, moins d'un dixième en moyenne des médecins estiment ne pas savoir. Étonnamment, les soins très techniques comme l'assistance respiratoire mécanisée et la CPAP remportent un maximum de d'incertitude auprès des prescripteurs. Les réponses sont proches entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers. En revanche, il est intéressant de noter que pour les médecins HAD, certaines situations comme l'assistance respiratoire mécanisée ne fait pas l'unanimité.

Pour les médecins HAD, un questionnaire sur la fréquence des soins était posé. Près d'un quart des médecins interrogés ne connaissaient pas la fréquence des soins dans le cadre de l'assistance respiratoire. Cela soulève la question du référentiel de l'ATIH, très clair à ce sujet ; il ne serait pas très suivi et étudié même par les médecins coordonnateurs. Quant à la scopolamine, elle peut être une indication d'HAD en association avec d'autres indications pour un tiers des médecins HAD si elle est administrée en sous-cutané. Ceci soulève aussi une variabilité entre HAD et une interprétation diverse du référentiel, peu adapté à la pratique visiblement.

L'assistance respiratoire à domicile dans la littérature scientifique est très largement étudiée. Les prestataires de service sont très largement représentés notamment pour l'oxygénothérapie à domicile. La frontière entre HAD et prestataire est alors très ambiguë. Néanmoins, l'HAD est largement reconnue dans les situations complexes et les décompensations respiratoires afin d'éviter les réhospitalisations (19). En termes de qualité de vie, l'HAD constitue une alternative très intéressante par rapport à l'hospitalisation conventionnelle (20). En revanche, la BPCO et les exacerbations de BPCO sont les seules indications étudiées (23). Il n'est retrouvé que peu d'articles et de faibles niveaux de preuve sur les autres situations de prise en charge en HAD. La technicité et la permanence des soins sont mises en exergue.

Cela confirme les résultats de notre étude. Pour les praticiens, leur niveau de connaissance par rapport aux situations pour lesquelles l'HAD est indiquée est assez haut car seulement un dixième en moyenne déclare ne pas savoir.

2.2.1.2. Nutrition parentérale

Près de la moitié des praticiens interrogés considèrent que toute nutrition parentérale peut être prise en charge en HAD. Le taux de connaissance est très faible pour cette indication. En effet, plus de la moitié ont obtenu un score de connaissance inférieur à 3/6. Près d'un cinquième des médecins déclare ne pas savoir dans quelle condition l'HAD est indiquée.

Les réponses sont comparables entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers avec une petite différence sur la connaissance de cette indication. 15% des médecins hospitaliers

déclarent ne pas savoir versus 24% chez les généralistes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la nutrition parentérale est souvent débutée en service hospitalier et les généralistes sont peu confrontés à cette situation entraînant une méconnaissance des conditions de prise en charge. Les médecins HAD, quant à eux, connaissent tous les conditions de prise en charge en HAD. En revanche, près d'un quart considère que toute nutrition parentérale peut être prise en charge en HAD. Ceci nous oriente vers une variabilité entre le référentiel de l'ATIH, clair à ce sujet et la pratique courante des médecins HAD.

Dans la littérature, les prestataires sont encore une fois très largement étudiés. La montée en puissance des prestataires de service favorise le retour à domicile avec une nutrition parentérale très facilement. La recommandation de la HAS sur la nutrition parentérale à domicile en est un exemple (29). Cette dernière vise à établir un cadre réglementaire à cette thérapeutique à domicile pour les prestataires afin d'homogénéiser les pratiques. La place de l'HAD n'est alors que minoritaire. Elle est reconnue lors des prises en charges complexes, dans un contexte de poly pathologie ou lors de soins palliatifs (28). La coordination et la permanence des soins est mise alors en avant par rapport aux prestataires. Cette limite très ambiguë entre prestataire et HAD peut conduire à une incompréhension de la place de l'HAD pour les prescripteurs. Les médecins hospitaliers, plus accoutumés à cette thérapeutique, sont très sollicités par les prestataires et admettent ne faire appel à l'HAD que rarement. Ceci entraîne donc une limite à ce mode de prise en charge par manque de différenciation entre ces deux secteurs d'activité.

En pédiatrie, l'HAD a toute sa place dans la nutrition parentérale. Elle est bien définie par la HAS et quasiment systématique dans ces situations. Ceci semble s'expliquer par le fait que la prise en charge pédiatrique est très spécifique et nécessite une coordination absolue entre tous les acteurs de la prise en charge. La prise en charge pluridisciplinaire n'est possible qu'en HAD pour ces enfants.

Notre étude met donc bien en évidence un manque net de précision pour cette indication ayant pour conséquence une méconnaissance pour les prescripteurs.

2.2.1.3. Nutrition entérale

Il en est de même pour la nutrition entérale. Notre étude retrouve un taux de connaissance très faible encore ici.

Moins d'un cinquième des praticiens interrogés ne savent pas les conditions de prise en charge en HAD de la nutrition entérale avec un pourcentage plus important pour les médecins généralistes versus hospitaliers. Près de la moitié des médecins prescripteurs considèrent que toute nutrition entérale peut être prise en charge en HAD. En revanche, les médecins HAD considèrent pour la grande majorité que la nutrition entérale doit être associée à une autre indication pour être prise en charge.

Cette indication en HAD est très peu étudiée dans la littérature. En effet, là encore la place des prestataires est largement reconnue. L'HAD est alors sollicitée dans les situations de poly pathologies, de pathologies néoplasiques évolutives. La notion de prise en charge psycho-sociale émerge d'une thèse d'exercice proposant un modèle prédictif des patients orientés en HAD pour une nutrition entérale (38). Cette notion est intéressante pour mettre en évidence la prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire de l'HAD.

La prise en charge en pédiatrie de l'HAD est largement reconnue et bénéficie d'une place bien précise et référencée par la HAS. Ceci s'explique probablement par le fait qu'en pédiatrie, la surveillance doit être plus accrue et la coordination avec les médecins référents des enfants doit être optimale. Cela met donc en exergue que l'HAD est sollicitée pour ces atouts-là.

Comme pour la nutrition parentérale, la nutrition entérale est aussi méconnue par son manque de précision, comme explicité dans notre étude.

2.2.1.4. Traitements intraveineux

Dans notre étude, le score de connaissance est très faible pour cette indication. En revanche 1/3 des médecins ont un score de connaissance de 3 sur 4 bonnes réponses. Ceci nous oriente vers une relative bonne connaissance des conditions de prise en charge des traitements intraveineux en HAD. Un médecin sur six déclare ne pas savoir les conditions de prise en charge en HAD. Les médecins HAD semblent en revanche tous connaître les conditions d'accès à l'HAD.

Les médecins prescripteurs ont été interrogés plus spécifiquement sur la Rocéphine® et le Perfalgan® en HAD. Près d'un quart des médecins généralistes ne savent pas si cela relève d'une HAD pour un dixième en moyenne pour les hospitaliers. La majorité des traitements intraveineux étant prescrits par les hospitaliers, cette différence de connaissance semble licite.

Les médecins HAD ont été interrogés sur la nécessité d'un deuxième passage infirmier dans le cadre d'une poly pathologie. La moitié des médecins HAD considère qu'il est licite de réaliser un deuxième passage infirmier. Cette information, non présente dans le référentiel, fait appel à la pratique quotidienne des médecins. Ici, nous remarquons donc une différence avec des pratiques très différentes d'une HAD à l'autre. Nous souhaitons mettre ici en évidence que le référentiel ne prend pas en compte la pratique quotidienne des médecins et la réalité sur le terrain. Les raisons de ce deuxième passage évoqué sont surtout justifiées en termes de surveillance, de critères de fragilité et de risques de décompensation.

Dans la littérature, les traitements à usage hospitaliers et d'exception sont très largement étudiés en HAD. Ces études mettent en évidence un gain logistique et comptable de l'HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle ou même par rapport aux prestataires. Dans l'étude de Maes de 2009 (32), l'HAD est reconnue comme structure la plus adéquate pour la sortie d'hospitalisation et

axe sa discussion sur la sécurisation des patients nécessitant une antibiothérapie de longue durée. La coordination et la permanence des soins sont alors mises en avant. Les traitements intraveineux à domicile connaissent actuellement une véritable croissance grâce aux prestataires et nécessitent une différenciation comme pour la nutrition parentérale/entérale, afin d'aider au mieux les prescripteurs à y voir plus clair.

Notre étude soulève encore un manque de connaissance pour cette indication. Lorsqu'elle est connue, elle est relativement bien comprise et admise par les prescripteurs. Une information dédiée aux prescripteurs serait alors bénéfique au développement de l'HAD.

2.2.1.5. Chimiothérapie anticancéreuse

Dans notre étude, un peu plus d'un quart des médecins interrogés ont un taux de connaissance de 100% de réponses juste. De fait, ceux qui connaissent cette indication, la connaissent plutôt bien. En revanche, un médecin prescripteur sur cinq déclare ne pas savoir quel type de chimiothérapie peut être effectué à domicile. Il s'agit uniquement des médecins prescripteurs car les médecins HAD sont, quant à eux, bien au fait de la situation.

L'analyse du PMSI-HAD de AL. Couillerot-Peyrondet de 2016 a pour but de caractériser les séjours de chimiothérapie en HAD. Elle met en évidence que certains établissements de santé hésitent encore à transférer leur chimiothérapie en HAD pour des raisons financières et/ou par méconnaissance des possibilités de prise en charge (37).

La HAS a établi une recommandation en 2015 (33) sur les conditions de développement de la chimiothérapie en HAD en explicitant les pistes d'améliorations techniques. Elle met en exergue les capacités techniques de l'HAD. Elle s'appuie sur la permanence des soins ainsi que la coordination pour développer cette activité notamment dans les hémopathies malignes.

L'HAD a une place bien définie dans le cadre de la chimiothérapie à domicile. Elle est uniquement mise en route par les médecins spécialistes hospitaliers. Nos résultats sont assez en corrélation avec les données de la littérature. En revanche, les médecins généralistes sont peu concernés par cette indication en tant que prescripteurs.

2.2.1.6. Autres traitements

Seuls les médecins HAD ont été interrogés pour cette indication. Les exemples de soins proposés par les médecins HAD sont soit des soins techniques comme les ponctions d'ascite, Pleurex®, ponction pleurale, changement de trachéotomie soit des traitements spécifiques comme les perfusions d'albumine, la Tegelline®, le midazolam, les perfusions de fer ou les antibiotiques à délivrance hospitalière. Ces derniers soins recourent l'indication de traitements intraveineux.

Dans le référentiel de l'ATIH, il s'agit de thérapeutiques non précisées dans les autres indications. Ce mode de prise en charge demeure ambigu et au jugement des médecins HAD, appuyant un peu plus l'hétérogénéité des pratiques sur le territoire.

Il n'y a pas eu d'article de la littérature explorant ces prises en charge à domicile qui demeurent anecdotiques actuellement. Ce flou pour cette indication occasionne un mode de prise en charge « fourre-tout » pour les médecins HAD. Il s'agit-là d'un manque de précision net.

2.2.1.7. Pansements complexes

Plus de la moitié des médecins interrogés ne connaissent pas la durée nécessaire de pansement quotidien pour une HAD. Deux médecins généralistes sur trois déclarent ne pas savoir et plus d'un médecin hospitalier sur deux. Les médecins HAD, quant à eux, connaissent bien la durée puisque plus des trois quarts ont une réponse juste.

Près de la moitié des médecins généralistes déclare ne pas savoir si cela concerne tous les types de plaies et plus d'un médecin hospitalier sur trois. Un quart des médecins prescripteurs affichent un score de connaissance à 100. Ceci s'explique probablement par le fait que ses soins s'inscrivent pour les généralistes dans une prise en charge globale, associée à d'autres indications. Pour les hospitaliers, plus accoutumés, leur manque de pratique en libéral en est peut être la cause.

Les médecins HAD quant à eux ont été interrogés sur la fréquence de réévaluation des pansements. La majorité, soit 80%, a répondu une fois par semaine, correspondant au référentiel de l'ATIH. Nous pouvons alors nous demander si la durée de soin est une bonne indication, ou ne devrions-nous pas plutôt prendre en compte la prise en charge pluridisciplinaire autour de ces pansements complexes ?

Dans la littérature scientifique, la HAS a établi une recommandation sur l'utilisation des pansements TPN. Ils doivent être prescrits et posés en établissement de santé puis être suivis à domicile uniquement en HAD. La permanence de soins et le suivi quotidien du pansement par les infirmières sont alors mis en avant (39).

En revanche, les stomies compliquées et autres pansements type escarre, ne sont pas du tout explorés dans la littérature en HAD. Ces pansements s'incluent en règle générale dans la prise en charge globale du patient et sont souvent associés à d'autres indications.

Notre étude relève donc que cette indication est très méconnue des généralistes, un peu moins des spécialistes hospitaliers.

2.2.1.8. Transfusion sanguine

La moitié des médecins prescripteurs interrogés déclaraient ne pas savoir quel produit sanguin était concerné ainsi qu'un quart des médecins HAD. Le score de connaissance de 3 réponses sur 3 est de seulement 1 médecin sur six sachant que la moitié des médecins ont un score de connaissance de 0 réponse sur 3.

Pour les médecins hospitaliers, ce manque de connaissance peut s'expliquer par le fait qu'à l'hôpital les transfusions peuvent se réaliser très facilement en hôpital de jour. Dans la littérature il est retrouvé qu'un des freins à la transfusion à domicile est de laisser au secteur libéral une activité intéressante financièrement (42).

Pour les généralistes, il en est de même avec des transfusions possibles en ambulatoire à l'établissement français du sang (EFS). Cette pratique est courante et assez facile en ville ou proximité d'un centre. La question se pose plus en ruralité ou lorsque les patients sont grabataires ou refusent les hospitalisations itératives.

Pour les médecins HAD, ils ont été interrogés sur la prise en charge ponctuelle des transfusions à domicile. Plus d'un quart des médecins ne savaient pas, alors que cela est tout à fait possible, si la structure d'HAD a un accord avec l'EFS local. Dans la littérature, il est retrouvé de nombreux freins à la transfusion en HAD de par les médecins HAD eux-mêmes (43). En effet, cette pratique nécessite la présence du médecin HAD pendant toute la transfusion et monopolise une infirmière au domicile du patient. De plus, le personnel de l'HAD doit être formé à l'hémovigilance par l'EFS, investissement qui n'est pas considéré comme utile et rentable par certaines structures.

Il existe une réelle hétérogénéité de la transfusion en HAD sur le territoire national. Globalement, les HAD « transfuseuses » sont très peu nombreuses et transfusent pour la grande majorité uniquement des globules rouges. Les plaquettes et plasma sont retrouvés de façon anecdotique dans des HAD du nord de la France. L'HAD de Crest est la seule HAD « transfuseuse » de Rhône-Alpes, expliquant ce faible taux de connaissance. Les freins se situent tant au niveau des médecins HAD qu'au niveau des prescripteurs qui ignorent que cette possibilité. Notre étude complète cet argumentaire en mettant en évidence une méconnaissance des conditions de prise en charge.

2.2.1.9. Conclusion : soins ponctuels

Au total, notre étude fait ressortir un faible taux de connaissance aux différentes questions sur les soins ponctuels. Ceci est assez surprenant car les données de la littérature sont assez précises sur ces soins techniques qui sont largement reconnus au bénéfice de l'HAD. En effet, la technicité de l'HAD est souvent mise en avant et est la principale indication pour les prescripteurs dans la littérature.

Nous pouvons observer que les médecins HAD ont un score de connaissance bien plus élevé que les médecins prescripteurs, les différenciant ainsi des autres. Ce résultat était attendu de par leur

expérience quotidienne. En revanche, le score additionnel de réussite n'est que de 33 sur 49 ce qui est assez surprenant. On pourrait s'attendre à un score de connaissance plus élevé notamment sur des questions très techniques. Nous pouvons supposer qu'il y a eu soit une incompréhension de certaines questions soit une imprécision dans le référentiel utilisé. Les situations en HAD étant la plupart du temps complexes et intriquées entre elles, plusieurs facteurs entrent en jeu dans la prise en charge d'un patient et le référentiel peut être trop cadrant pour certains patients.

Pour les médecins prescripteurs, le score de connaissance total est faible avec 19 pour les médecins généralistes et 21 pour les hospitaliers sur 49. Nous pouvons supposer aussi qu'il y a pu avoir une incompréhension de certaines questions. Mais lors du test du questionnaire auprès des généralistes, cela n'a pas été soulevé. Le manque de précision des critères d'admission est mis en avant avec des indications où plus de la moitié des médecins interrogés ne savent pas quoi répondre. Cette différence significative ($p < 0,001$) de score entre les prescripteurs et les médecins HAD oriente plutôt vers un manque de connaissance des médecins prescripteurs qu'un manque de précision des indications.

Ces différents critères de mode de prise en charge ne semblent pas adaptés à la pratique quotidienne des prescripteurs. En effet, ces critères très techniques, peut-être trop, ne prennent pas en compte la globalité du patient. Les prescripteurs n'ont pas à connaître les spécificités techniques de l'HAD mais plus savoir à quel moment penser à l'HAD. Nous voyons bien qu'il existe une frontière peu claire entre le secteur libéral, les prestataires et l'HAD. Ceci est un des éléments à l'origine de la méconnaissance des indications d'HAD pour les prescripteurs.

2.2.2. Soins Continus

2.2.2.1. Soins palliatifs

Notre étude met en avant un appel à l'HAD plutôt fréquent de la part des médecins prescripteurs (généralistes et hospitaliers), pour chacun des motifs proposés en relation avec le guide de l'ATIH. Plus de 80% d'entre eux ont mis une note entre 3 et 5 sur une échelle de fréquence de 1 (peu fréquent) à 5 (très fréquent) pour les motifs suivants : dépendance/nursing lourd, douleurs complexes, dyspnée, encombrement, soutien de la famille et soutien des libéraux. Concernant les motifs pansements et souffrance psychologique, ils étaient plus de 40% et 30% respectivement à donner cette même note. Nous retrouvons les mêmes proportions de résultats chez les médecins coordonnateurs d'HAD, qui estiment que les médecins prescripteurs font appel à l'HAD plutôt fréquemment pour chacun des motifs.

La notion de soins coordonnés n'est pas connue des médecins prescripteurs et HAD, puisque près de 2/3 d'entre eux déclarent ne pas savoir répondre à la question ou n'avaient pas donné la bonne réponse. Il existe dans cette question une confusion tirée du guide de l'ATIH entre les critères

intégrant les patients en soins palliatifs et la définition de coordination de soins. En pratique, c'est le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge associé à une intensité des soins prodigués qui justifient une prise en charge dans le cadre d'une HAD.

L'intensité de soins se reflète par la durée d'intervention auprès du patient chaque jour. Près de 50% des médecins n'ont pas cette notion de charge de soins nécessaires. Lorsque les médecins HAD se prononcent sur la durée de soins quotidienne minimale, ils sont près de 50% à déclarer ne pas connaître cette durée.

La prise en charge en HAD, même dans le cadre de soins palliatifs, garde une durée fixée à l'entrée, qui sera réévaluée avec une poursuite ou non selon l'évolution du patient. Un patient qui nécessite une moindre charge de soins peut sortir de l'HAD avec poursuite des interventions nécessaires dans le cadre du système libéral.

Notre étude met en avant une méconnaissance de cette notion, puisque seuls 20% des médecins prescripteurs et 1/3 des médecins HAD ont répondu la réponse exacte. 60% des médecins prescripteurs comme HAD pensent que la prise en charge en HAD s'effectue jusqu'au décès.

Concernant le mode de prise en charge des soins palliatifs, il apparaît un manque de connaissance puisque le taux d'échec (score de connaissance à 0) s'élève à plus de 50% pour cet item.

Du côté de la littérature, l'étude de L. Morin (45) retrouve une croissance considérable de l'activité des soins palliatifs en HAD, qui représente un quart de l'activité des structures d'HAD. Le dispositif de soins palliatifs reste d'ampleur limitée face aux besoins de la population estimés par l'observatoire national de la fin de vie.

Le médecin généraliste est très souvent confronté à cette problématique et ne semble pas avoir assez le réflexe de penser à l'HAD. De plus, le médecin généraliste ayant l'impression d'être mis à l'écart quand l'HAD est mis en place, la complémentarité entre médecin traitant et HAD n'apparaît pas d'actualité. Ce qui est dommage, car la grande majorité des patients préfèrent largement le domicile à l'hospitalisation conventionnelle dans de telles situations. D'après deux études, les patients semblent très satisfaits de la prise en charge en HAD (48) (47). Leur anxiété et le retentissement sur l'entourage semblent moindres. Cependant les réhospitalisations en phase terminale sont fréquentes avec une majorité de décès à l'hôpital.

La revue de la littérature de Shepperd de 2016 ne valide qu'une notion : la préférence de rester et décéder à domicile en HAD. Il n'est pas clairement retrouvé de probabilité augmentée ou diminuée de réadmission à l'hôpital dans un contexte de soins palliatifs en HAD (49).

La collaboration entre les unités de soins palliatifs et les HAD est très importante afin de pouvoir proposer des hospitalisations de « répit » pour le patient et / ou la famille. Ce circuit entre hôpital et HAD se retrouve comme un système de vase communicant où une coordination entre les 3 secteurs

est primordiale afin que le patient puisse se situer dans la structure qui lui convient le mieux et qu'il souhaite à un chaque moment.

Il convient alors de trouver des solutions pour stimuler les prescriptions d'HAD dans le contexte des soins palliatifs.

2.2.2.2. *Prise en charge de la douleur*

Pour la majorité (soit plus de 80%) des médecins prescripteurs, l'utilisation de morphiniques per os ne justifie pas une prise en charge en HAD. De la même façon, la titration des morphiniques per os ne justifie pas une HAD pour la majorité des médecins HAD.

En effet pour que le mode de prise en charge de la douleur soit valable, il est nécessaire que l'antalgie s'effectue à l'aide d'un injecteur programmable telle qu'une pompe PCA ou ACP (analgésie contrôlée par le patient).

Plus de 60% des médecins ont cité l'utilisation de la pompe programmable dans la fréquence d'administration nécessaire de morphine pour justifier une HAD. Mais près d'un quart des médecins généralistes et hospitaliers ne savent pas qu'elle est cette fréquence, et plus d'un tiers pensent qu'une administration quotidienne ou pluriquotidienne est suffisante.

Au total, cela porte tout de même à plus de 50% le taux d'échec à cette question. Cela traduit à nouveau un manque de connaissance de ce mode de prise en charge.

Le groupe d'expert de la HAS met en évidence en 2010 une forte progression de l'évaluation de la douleur en HAD, avec tout de même une variabilité nationale importante due essentiellement à un problème de traçabilité (52). Les études visant à évaluer la mise en place de PCA sont de trop faible niveau de preuve pour être généralisées. Cependant une nuance intéressante est apportée sur la coordination entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur d'HAD. En effet, certains médecins généralistes semblent moins à l'aise dans des situations de douleurs complexes. L'HAD peut apporter cette complémentarité mais n'a pas été étudiée de façon précise. Les équipes mobiles de soins palliatifs sont également très disponibles pour aider le médecin généraliste (en concertation téléphonique le plus souvent).

2.2.2.3. *Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse*

Plus de 2/3 des médecins ne savent pas que la surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre de l'HAD n'est pas spécifique de certaines chimiothérapies. Toutes les chimiothérapies hospitalières sont en effet concernées.

Concernant la durée de la surveillance, elle s'effectue après la chimiothérapie, et dépend de l'intensité des effets secondaires observés et de la molécule utilisée. Près de la moitié (soit 47,2%) des médecins prescripteurs ne savent pas répondre à cette question concernant la durée de la

surveillance. Alors que plus de la moitié des médecins HAD citent les déterminants de la prise en charge en HAD. Au total, seulement 25% des médecins connaissent bien cette indication (score de connaissance de 4 et 5 sur un total de 5). Plus de 50% des médecins ont obtenu un faible score de 0, 1 ou 2 sur 5.

Au vu des résultats, on peut penser qu'il existe un manque de connaissance plutôt qu'un manque de précision du guide de l'ATIH.

L'absence d'étude exclusivement sur ce mode de prise en charge appuie le manque potentiel de précision actuellement mais aussi le manque de connaissance des médecins prescripteurs. Cette indication est en lien direct avec la précédente sur la chimiothérapie anticancéreuse. Cette indication peut être utilisée pour des patients instables ne répondant pas encore aux critères des soins palliatifs, afin d'éviter des réhospitalisations.

2.2.2.4. Soins de nursing lourds

Le taux d'échec global des médecins prescripteurs s'élève à plus de 80%. Plus de 50% d'entre eux déclarent ne pas connaître la fréquence minimale de soins nécessaire pour la prise en charge en HAD dans le cadre de soins de nursing. Alors que plus de la moitié des médecins HAD savent qu'il s'agit de 2h/jour.

Cette notion de 2h de soins par jour est bien explicite dans le guide de l'ATIH. Le fort taux de connaissance des médecins HAD et le fort taux d'échec des médecins prescripteurs mettent en avant un manque de connaissance.

L'équipe soignante comprend pour quasiment tous (plus de 90%) les médecins HAD interrogés les infirmiers et aides-soignants. Les intervenants de l'équipe soignante sont ensuite, de manière décroissante, les auxiliaires de vie, les kinésithérapeutes, les médecins, les assistants sociaux, les psychologues et enfin les diététiciens. Cette information ne se retrouve pas dans le guide de l'ATIH, laissant un manque d'information majeur pour les médecins et une imprécision fragilisant la pertinence du recours à l'HAD.

Les études menées sur ce mode de prise en charge ne portent pas sur les aspects étudiés, plutôt précis. Elles portent notamment sur la place de l'HAD au sein de la filière gériatrique (54). Les équipes mobiles de soins palliatifs sont plus largement étudiées dans la littérature, et la place de l'HAD par rapport à elles semble très imprécise. Cela repositionne l'importance de retravailler sur la notion d'intensité des soins dans la prise en charge du patient, et des intervenants concernés par cette charge en soins. Actuellement le patient est orienté selon la charge en soins, malgré cela il persiste des difficultés de choix. Le SSIAD est parfois dépassé par la charge en soins, trop intensive, mais trop légère pour justifier une HAD. Peut-être manque-t-il un maillon dans le réseau de prise en

charge ? A ce titre, un projet expérimental sur l'EHPAD à domicile a été lancé fin 2015 par l'ARS dans le Sud-ouest.

2.2.2.5. Surveillance de radiothérapie

Plus de 40% des médecins prescripteurs déclarent ne pas savoir quels sont les effets secondaires surveillés dans le cadre de la radiothérapie. Alors que tous les médecins HAD se sont exprimés.

Seulement 50% des médecins ont obtenu un score de connaissance supérieur à 3 sur 8. Cela reflète une insuffisance de connaissances sur cette indication, appuyé par l'absence d'étude scientifique sur ce mode de prise en charge bien spécifique. Ce mode de prise en charge se développe actuellement avec une augmentation des demandes émanant des médecins généralistes au vu de l'intensité des effets secondaires, mais aussi des radiothérapeutes directement et des oncologues.

2.2.2.6. Surveillance d'aplasie

Un tiers des médecins prescripteurs ne sait pas si une aplasie fébrile peut ou ne peut pas être prise en charge en HAD, et près d'un tiers a mal répondu. Cela porte à plus de 60% le taux d'échec à cette question du côté des médecins prescripteurs.

Quant aux médecins HAD, la majorité (soit plus de 80%) ont répondu justement qu'une aplasie fébrile peut être prise en charge en HAD. Pour les patients ayant un antécédent d'aplasie avec une même chimiothérapie, ce contexte particulier partage les médecins HAD sur la possibilité d'une prise en charge justifiée en HAD.

Il n'a pas été retrouvé d'étude sur ce mode de prise en charge d'HAD. Les études portent sur l'aplasie à domicile et non en HAD.

Un certain nombre de médecins évoquent que l'aplasie fébrile ne peut pas être prise en charge en HAD. En effet ils considèrent qu'une hospitalisation est nécessaire. La notion d'HAD comme alternative à une hospitalisation conventionnelle n'est alors pas claire pour les médecins prescripteurs. La gravité de l'aplasie est un critère essentiel amenant à orienter le patient en structure hospitalière.

2.2.2.7. Conclusion : soins continus

Avec un taux d'échec de plus de 50% avec une forte proportion de « Ne sait pas », les soins continus apparaissent mal connus. Manque de connaissances ou manque de précisions ?

Au total, la moyenne de l'ensemble des réponses aux questions incluses dans le score B ne s'élève qu'à 3,37 sur 9. Ce score partage les médecins prescripteurs des médecins HAD. En effet les médecins généralistes et hospitaliers, ont respectivement obtenu une moyenne de 3,16 et 3,18, alors que celle des médecins HAD atteint 5,63. Cette différence entre les groupes est significative ($p < 0,001$). Ce

résultat oriente vers un manque de connaissances des médecins prescripteurs, notamment en comparaison avec les médecins HAD.

Cependant la moyenne des médecins HAD (soit 5,63/9) n'est pas très élevée pour des spécialistes de l'HAD. Un manque de connaissances est possible, la moyenne d'expérience en tant que médecin HAD n'étant que de 5 ans. De plus les médecins HAD semblent être plus jeunes. Mais le jeune âge de la population peut faire penser à une meilleure formation à ce mode d'hospitalisation et donc des connaissances plus solides. Il peut donc s'agir ici plutôt d'un manque de précision des textes.

Il apparaît également une différence significative de moyenne selon l'évaluation de la précision des indications. En effet, plus les médecins ont évalué les indications précises, meilleur est leur score de connaissance ($p=0,019$). Pour les médecins qui estiment que les indications sont très précises (4/4 sur l'échelle de précision), la moyenne pour les soins continus n'atteint pas la moyenne de 4,5 avec le nombre de 4,26 sur 9. Ce qui pourrait laisser penser à un manque de connaissances des médecins.

Mais les soins continus en HAD ne font l'objet que de peu d'études scientifiques. Ceci s'explique probablement par la complexité des prises en charge et la variabilité des patients. De plus, de nombreuses structures existent déjà pour ce type de prise en charge, telles que les équipes mobiles de soins palliatifs. Ce qui les différencie alors de l'HAD est certainement la permanence des soins ainsi que la coordination.

Si le versant des soins continus n'est que peu exploré scientifiquement, il ne peut y avoir d'indications précises. Il serait donc intéressant de les étudier pour optimiser l'accès à cette prise en charge.

2.2.3. Réadaptation à domicile

2.2.3.1. Education du patient et/ou de son entourage

Près d'un tiers des médecins interrogés ne savent pas dans quelles situations l'éducation peut être mise en place en HAD. La majorité est celle des médecins généralistes. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'eux même réalisent des éducations thérapeutiques et ne considèrent pas qu'il y ait besoin de l'HAD pour cela. Cela entre dans la prise en charge globale des médecins généralistes.

Le score de connaissance est très faible avec 2.2% des médecins ayant 5 réponses justes sur 5. Près d'un tiers des médecins (31.4%) ont un score de connaissance de 0 sur 5.

Pour les médecins HAD, une question spécifique était posée sur l'apprentissage de l'utilisation de la PCA de morphine. Un tiers des médecins HAD considéraient que cela ne rentrait pas dans le cadre

de l'éducation à domicile. Le référentiel de l'ATIH est très flou pour cette indication et des variabilités entre HAD s'opèrent fortement.

Il n'a pas été retrouvé d'étude scientifique sur l'éducation en HAD. En revanche de nombreuses études observent l'éducation thérapeutique à domicile en lien avec des hôpitaux de jour et des équipes mobiles. Les résultats sont très intéressants avec une amélioration nette de l'observance thérapeutique et de la connaissance des pathologies par le patient lui-même. Le lien entre ville et hôpital est aussi bien amélioré (63).

Dans cette partie de réadaptation à domicile, nous n'avons pu utiliser que cette question sur l'éducation thérapeutique pour l'analyse statistique. Les autres questions n'étant pas communes aux trois groupes de médecins interrogés, il est apparu difficile de pouvoir les comparer. Nous observons donc dans notre étude que les médecins HAD ont un bon score de connaissance sur cette question avec la moitié d'entre eux qui ont obtenu 4 réponses justes sur 5. Ce résultat est attendu de par leur pratique quotidienne et leur expérience. En revanche, nous pouvons nous étonner de ne voir aucun médecin coordonnateur avoir 5 réponses justes sur 5. Encore une fois, peut être que cela est dû à la formulation des questions, ou nous pouvons supposer encore un manque de précision dans le référentiel. De plus, cette indication s'inclut dans la prise en charge globale d'un patient et est donc laissé à l'appréciation du médecin HAD. Cette subjectivité et variabilité peuvent expliquer ces résultats.

Pour les prescripteurs, nous observons que les généralistes ont un score de connaissance moins important que les hospitaliers. Nous pouvons supposer qu'il existe une superposition des champs de compétences entre généralistes et HAD.

Nous retrouvons à nouveau une différence significative ($p=0,029$) entre les 3 groupes de médecins, en faveur des médecins HAD, plus expérimentés.

Cette indication est utilisée en pratique dans le cadre de problématiques sociales et/ou éducatives complexes. Elle peut être utilisée pour appuyer une prise en charge en HAD en absence d'indication médicale correspondant aux autres modes de prise en charge.

2.2.3.2. Post traitement chirurgical

Les médecins prescripteurs étaient interrogés sur la durée minimale des soins nécessaire à une HAD. Plus des deux tiers des généralistes ne savaient pas contre un peu moins des deux tiers pour les hospitaliers. Cela nous amène à constater qu'il s'agit d'une question peut être trop spécifique pour les prescripteurs.

Une étude qualitative de 2015 a étudié l'implantation d'un nouveau protocole de soins en sortie de chirurgie ambulatoire avec entrée en HAD pour des patients ayant bénéficié d'une intervention sur l'adénome de prostate (55). Elle met en évidence une modification des pratiques professionnelles

avec un impact positif sur la qualité produite. Il a été noté aussi une amélioration du lien entre l'hôpital et la ville et une réduction des ruptures entre ces deux secteurs. Cependant l'HAD a pour objectif d'éviter ou raccourcir une hospitalisation et non assurer les suites d'une prise en charge ambulatoire. A l'heure actuelle, il n'est pas réglementaire de faire appel à l'HAD en sortie de chirurgie ambulatoire.

Cette étude de faible niveau de preuve place l'HAD comme charnière entre le libéral et l'hospitalier. Dans la mesure où la chirurgie ambulatoire prend son envol, il serait intéressant de réaliser d'autres études de plus haut niveau de preuve afin d'étudier les retombées socio-économiques de ce type de prise en charge. En effet, cette pratique se développe de plus en plus en France avec un intérêt économique non négligeable. Cette indication fait écho à l'indication en protocole de projet national qu'est la sortie précoce de chirurgie.

2.2.3.3. Rééducations neurologique et orthopédique

Nous avons observé les mêmes résultats pour la rééducation neurologique et orthopédique. Les médecins prescripteurs ne connaissent pas la fréquence des soins à domicile pour une HAD à plus de deux tiers. Nous supposons encore ici qu'il s'agit d'une question trop spécifique. Mais nous pouvons constater qu'ils ne connaissent pas forcément la notion de densité en soins en HAD.

Dans la littérature, la rééducation neurologique en post AVC a été étudiée. L'HAD n'a pas sa place selon le groupe d'expert car elle ne peut pas assurer une rééducation intensive au domicile comme dans les centres de rééducations spécialisés (56). En revanche, une étude sur la coordination entre SSR et HAD a été réalisée mais de faible niveau de preuve (64). Cela peut laisser ouvert le champ à la réflexion d'une complémentarité entre HAD et SSR dans le cadre de la rééducation neurologique ou orthopédique. A Lorient, une expérimentation est déjà en cours entre SSR et HAD et porte des résultats intéressants qu'il serait pertinent d'étudier.

Dans la logique actuelle du virage vers l'ambulatoire, développer un partenariat entre HAD et centre de rééducation peut être intéressant. Le manque de lits hospitaliers, ou le délai de prise en charge en SSR pourrait alors diminuer en organisant des hôpitaux de jour en SSR. L'HAD est parfaitement dans son rôle défini par le code de santé publique lorsqu'elle permet de faire appel à des équipes pluridisciplinaires et à des soins infirmiers dans des conditions de coordination efficaces tout en raccourcissant les séjours en SSR. La rééducation à domicile est souvent jugée plus efficace quand elle s'exerce dans le lieu de vie.

La HAS a élaboré un algorithme d'aide à l'orientation vers les SSR (65) pour aider les prescripteurs dans ce choix. Grâce à la plateforme TRAJECTOIRE®, les modalités pratiques d'admission sont bien améliorées.

2.2.3.4. *Prise en charge psycho-social*

Cette indication est visiblement laissée à l'appréciation des médecins coordonnateurs. La variation de leurs réponses en est le reflet. Il semble que le référentiel ne soit pas adapté à la pratique car personne n'est d'accord dans notre petit échantillon de médecins HAD sur les conditions de la prise en charge psycho-sociale en HAD.

Elle n'a pas du tout été étudiée dans la littérature en HAD mais la prise en charge psycho-sociale fait vraiment partie de la prise en charge globale des patients à domicile. Elle est surtout étudiée dans le cadre des soins palliatifs à domicile où elle est largement reconnue. Il ne peut pas y avoir de prise en charge à domicile sans cet apport de ces professionnels. Elle fait partie de la prise en charge pluridisciplinaire définie dans le référentiel des soins palliatifs.

2.2.3.5. *Conclusion : réadaptation à domicile*

Ce mode de prise en charge encore innovant. Elle ouvre des perspectives intéressantes pour désengorger les SSR et établir une complémentarité de prise en charge entre les deux structures.

Cette réadaptation à domicile apparaît très méconnue des prescripteurs et nécessite un éclaircissement de la part des autorités de santé. Pour les médecins HAD, elle apparaît être dans la prise en charge globale des patients et est laissée à l'appréciation du médecin. Cette variabilité entre HAD n'aide pas à une homogénéisation des pratiques entraînant une mauvaise compréhension de tout le monde.

2.2.4. Libéral exclusif

Ce qui différencie une prise en charge en HAD du libéral exclusif est la coordination, la densité et la permanence des soins en majorité pour les trois groupes de médecins interrogés. Ce qui est intéressant de noter est que pour les médecins généralistes, ce n'est pas la coordination qui est la première qualité de l'HAD mais la permanence des soins. Cette différence par rapport aux médecins hospitaliers s'explique par le rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge de ses patients. En effet, la coordination est un des rôles du médecin traitant et l'HAD est souvent perçue pour les généralistes comme substitut à leur travail (66).

Le choix du patient ainsi que le coût journalier ne se retrouvent pas au premier plan.

Les autres différences retrouvées sont liées aux soins techniques, recoupant alors ce qui est explicité dans la littérature scientifique. L'accès aux techniques hospitalières est alors mis en avant. Les prises en charge type diététicienne et psychologiques sont retrouvées au bénéfice de l'HAD.

La frontière entre le libéral et l'HAD est encore très imprécise entraînant un frein à la prescription d'HAD. Une aide pour cette distinction est importante pour aider les prescripteurs à mieux orienter leurs patients.

2.2.5. Conclusion sur les différentes indications du référentiel de l'ATIH

Notre étude fait ressortir un faible taux de connaissance pour ce qui est des soins ponctuels. En dehors de la chimiothérapie, dont la place en HAD est largement reconnue par la HAS, les autres indications semblent imprécises. En effet, l'HAD est reconnue dans la littérature scientifique pour sa technicité mais dans la pratique, les prescripteurs ne semblent pas très à l'aise avec le champ d'action de l'HAD. Pour les médecins HAD interrogés nous avons noté quelques différences par rapport au référentiel nous laissant observer que le référentiel de l'ATIH n'est pas idéalement adapté à la pratique quotidienne des médecins HAD. Ce référentiel apparaît probablement trop lourd pour les médecins prescripteurs dans les soins ponctuels et de ce fait, leur connaissance n'en est pas très précise. Il s'agit d'un référentiel aidant à la cotation tarifaire des séjours en HAD et non des indications entraînant une confusion pour tout le monde. La présence très importante des prestataires sur le marché est un élément qui favorise la méconnaissance des prescripteurs. En effet, la frontière est très imprécise et beaucoup d'études portent actuellement sur la place des prestataires à domicile.

Pour les soins continus, le taux de connaissance est aussi très faible. L'HAD a une place très imprécise dans ces types de soin. La notion de prise en charge coordonnée, continue et complexe prend alors toute sa valeur. En effet, les prescripteurs ne savent pas bien à quel moment l'HAD doit être sollicitée dans ces situations très fréquentes. Pour les médecins HAD, il est aussi noté des divergences entre les praticiens. Ceci met en évidence le fait que la variabilité individuelle du patient et du praticien ne permet pas d'être exhaustif. Dans la littérature la place de l'HAD est alors très imprécise. Le référentiel de l'ATIH apparaît trop cadrant pour tout le monde dans des situations pluridisciplinaires, complexes et variables d'un patient à l'autre. Il apparaît difficile de quantifier pour les médecins HAD la charge en soins dans ces situations.

Enfin, la réadaptation à domicile apparaît assez vague pour tout le monde. Il s'agit d'un groupe de soins récent et avec peu de recul sur la pratique. Pour les prescripteurs, la rééducation semble peu connue et la frontière entre SSR et HAD semble floue. Pour l'éducation, le taux de connaissance est très faible. Les médecins HAD semblent aussi moins à l'aise avec ces indications. Dans la littérature, ces types de soins sont peu représentés car encore à l'étude. La complémentarité entre SSR et HAD n'a pas été étudiée mais semble être une piste d'étude.

2.3. DISCUSSION DES RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE

Rappelons que le critère de jugement principal de notre étude était le niveau de précision des indications d'HAD, noté sur une échelle de 1 (pas du tout précis) à 4 (très précis). Ce critère était le même pour les médecins prescripteurs et HAD.

Les résultats mettent en évidence que les médecins estiment que les indications d'HAD sont plutôt précises. L'évaluation du niveau de précision est significativement différente entre les 3 groupes de médecins.

Après regroupement en catégories majeures (correspondant au critère composite binaire), il apparaît que le pourcentage de médecins ayant estimé les indications plutôt précises (niveaux 3 et 4) est plus bas chez les médecins généralistes, il s'élève ensuite chez les médecins hospitaliers puis les médecins HAD. Malgré l'observation d'une tendance, la différence n'est pas significative.

Nous remarquons également que la répartition entre les niveaux 2 et 3 est quasiment similaire pour les 3 groupes. Les médecins généralistes sont plus nombreux à juger les indications très peu précises contrairement aux médecins hospitaliers, qui vont plutôt trouver qu'elles sont très précises. Cette différence s'entend peut-être par un enfermement des hospitaliers dans des critères jugés trop restrictifs, voyant des refus d'HAD pour des patients qu'ils pensent éligibles à l'HAD.

Au total, plus de 50% des médecins ont évalué les indications actuelles plutôt précises ou très précises. Ce chiffre contraste avec les résultats aux questions sur les différents modes de prise en charge. C'est notamment la part importante de réponses "Ne sait pas" qui alerte sur une discordance entre ces deux constats.

En s'intéressant plus en détails aux résultats et particulièrement à l'analyse du score de connaissance, nous apercevons que plus les médecins avaient estimé les indications précises, meilleur était leur score de connaissance. Cependant ce dernier reste moyen. Il faut préciser que le score de connaissance tient compte des 3 groupes de médecins. Les médecins HAD ont tout de même des connaissances meilleures que les médecins prescripteurs. En effet, leur score est significativement plus élevé. Ce chiffre, attendu, tire la moyenne du score vers le haut, tout en la laissant en dessous de 50% du score maximal théorique.

Nous avons noté la corrélation entre le niveau de précision indiqué et le taux de connaissance au questionnaire. Ce résultat met en évidence que les médecins savent relativement bien s'auto-évaluer. Donc les médecins estimant que les indications sont précises, connaissent effectivement mieux l'HAD.

La distinction entre le manque de précision et le défaut de connaissance est difficile. Le référentiel existant, qui est celui de la DGOS, n'est pas adapté aux médecins prescripteurs. Il sert de base aux

médecins HAD pour accepter ou non une demande d'HAD, mais aussi à la cotation tarifaire des séjours en HAD.

Les rapports de la Cour des Comptes recommandent la mise en place de référentiels afin de faciliter l'accès à l'HAD. Cette recommandation est en cours d'étude puisque la HAS travaille actuellement à la réalisation de référentiels de prise en charge. Ces travaux mènent le débat en faveur d'un manque de précision en deçà d'un manque de connaissances.

Le Code de Santé Publique et le guide de l'ATIH, révisé annuellement, constituent la base réglementaire de l'HAD, soumise à une interprétation variable des textes. Il existe un manque de précision sur l'organisation de l'HAD mais aussi en termes de pathologies, facteurs de risques, notion d'instabilité, ... Malgré une évolution annuelle du guide de l'ATIH, ce cadre réglementaire demeure imprécis, interprété différemment par les HAD, et connaît également une interprétation des ARS différente, relatée dans le rapport de la Cour des Comptes. Cette variabilité d'interprétation n'existe pas avec les indications relatives à l'obstétrique, basées sur un référentiel très clair et précis. Cette démarche allant vers la précision est en route, on la retrouve dans l'appel à projet concernant la sortie précoce de chirurgie, très précis médicalement (67).

Ainsi, l'intérêt d'apporter une information plus claire permettrait aux médecins de mieux connaître l'HAD. Nous supposons qu'ils pourraient alors mieux orienter leurs patients entre le libéral exclusif, l'HAD et l'hospitalisation conventionnelle.

2.4. VERS DE NOUVEAUX HORIZONS

2.4.1. Vers de nouvelles indications

- La prise en charge post-urgences

La prise en charge à domicile à la suite d'un passage par les urgences est peu développée en France alors qu'elle constitue une part importante de l'HAD en Catalogne.

Afin d'éviter les hospitalisations conventionnelles et de limiter les réhospitalisations en urgence, il semble intéressant de replacer l'HAD dans le parcours de soins. Un partenariat privilégié entre l'établissement hospitalier et la structure d'HAD serait alors nécessaire pour une prise en charge rapide et optimale du patient en HAD.

Cette indication trouverait notamment une place particulière au sein de la filière gériatrique, avec la possibilité d'étendre le bilan et d'organiser la thérapeutique en HAD.

- **Projet : Sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD**

Nouvelle indication proposée par la DGOS, la prise en charge post-chirurgicale mise en place sur le territoire français en mars 2016 fait actuellement l'objet d'évaluation par certaines structures d'HAD (67). Nous n'avons à ce jour pas de retour sur cette nouveauté allant dans le sens des mouvements soutenant le virage de l'ambulatoire.

Le dispositif d' « HAD sortie précoce de chirurgie » vise à proposer une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre établissement MCO et une structure d'HAD, dans le but d'un retour à domicile plus rapide du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

Cet appel à projet concerne la chirurgie viscérale, gynécologique et orthopédique. Il est en cours d'arbitrage auprès du conseil national de pilotage par les ARS.

2.4.2. Une revalorisation de l'HAD en cancérologie

Alors que le Plan Cancer de 2009-2013 n'évoquait guère l'HAD, cette dernière trouve une place importante dans le Plan Cancer 2014-2019. En effet, les ARS, sur recommandations de la HAS, sont chargées de déployer l'HAD dans le champ de la cancérologie et d'organiser un maillage du territoire pour répondre à un enjeu d'équité d'accès (68).

De plus, il ressort du Plan Soins Palliatifs 2015-2018 (69) une volonté de rendre les indications d'inclusion plus lisibles et plus compréhensibles par les prescripteurs. Il est également mis en avant la promotion de conventions et outils de coopération entre l'HAD et le secteur libéral.

La chimiothérapie en HAD occupe une place importante dans le domaine de la cancérologie. Elle est amenée à encore se développer, en passant notamment par l'harmonisation des pratiques sur le territoire et la résolution des difficultés organisationnelles, administratives, informatiques et tarifaires.

3. PERSPECTIVE : CREATION D'UNE GRILLE D'AIDE A L'ORIENTATION DES PATIENTS EN HAD

3.1. Elaboration

Nous avons élaboré cette grille suite à notre étude qui se basait sur le référentiel ATIH de 2015, mais notre grille ci-dessous tient aussi compte de la réactualisation du guide de 2016. Il a été choisi de mettre en forme ce formulaire sous forme de grille et non d'algorithme car il nous paraissait plus compréhensible pour les prescripteurs sous ce format. Le but initial était que les médecins prescripteurs pensent plus à l'HAD lors de leur consultation ou hospitalisation en fonction des critères généraux et socio-économiques mais surtout en fonction des pathologies présentées par les patients. En effet, l'aspect pratique nous paraît essentiel pour aider au mieux les prescripteurs dans leur choix d'orientation ou non en HAD.

Pour la mise en page, nous nous sommes inspirées de la grille d'aide à l'orientation en soins palliatifs présentée par l'HAS. Le contenu est tiré essentiellement de notre étude (basée sur le référentiel de l'ATIH) ainsi que des propositions de la FNEHAD.

3.2. Grille proposée

Hospitalisation à domicile : envisageable pour votre patient ?

GRILLE D'AIDE A L'ORIENTATION DES PATIENTS EN HAD

INDICATEURS GENERAUX :

- Eviter les ré-hospitalisations / raccourcir la durée de séjour hospitalier

ET/OU

- Complexité de la situation avec nécessité de soins multiples/intenses/spécifiques
- Difficulté à organiser les soins et nécessité d'une coordination entre professionnels
- Prescription d'un médicament réservé à l'usage hospitalier
- Nécessité d'accès à des ressources spécialisées
- Technicité élevée des soins
- Nécessité d'une permanence des soins (au moins téléphonique, 24h/24, 7 jours /7) sans nécessité de soins intensifs ni d'accès immédiat à un plateau technique

Accord patient
et médecin
traitant
!

Evaluation systématique par l'HAD

N'hésitez pas à contacter l'HAD de votre secteur pour plus d'infos

INDICATEURS CLINIQUES :

Cancérologie

- Chimiothérapies SC ou IV
- Surveillance post-chimiothérapie (patients vulnérables, instables ou à risque)
- Surveillance post-radiothérapie
- Surveillance d'aplasie
- Soins de support complexes et multidimensionnels (douleur, nutrition artificielle, dénutrition)
- Surveillance des complications post-opératoires
- Pansements complexes (ex : plaies tumorales)
- Education à certains soins (ex : stomies)
- Traitement des complications, infectieuses : antibiothérapie (y compris à réserve hospitalière)
- Situations de soins palliatifs

Soins palliatifs complexes : *cancérologie, maladies chroniques évoluées...*

- Risque de décompensation rapide et grave
- Douleur instable / complexe
- Symptômes d'inconfort (dyspnée, encombrement...)
- Accompagnement psychologique

Perte d'autonomie :

- Soins de nursing important comprenant : IDE +/- aide-soignant +/- Auxiliaire de vie
- Pneumopathies d'inhalation récurrentes / Episodes dyspnéiques fréquents
- Eviter les ré-hospitalisations

Cardio-respiratoire

- Limiter les décompensations
- Sortie précoce après décompensation
- Education thérapeutique
- O2 dans des situations complexes

Diabète :

- Pansements pieds diabétiques et complications trophiques
- Education thérapeutique

Neurologie :

* Post-AVC

- Rééducation neurologique pluridisciplinaire >3x/semaine
- Education à l'utilisation de matériels spécifiques
- Pneumopathies d'inhalation récurrentes / Episodes dyspnéiques fréquents
- Soins de nursing lourds

* Maladies neurodégénératives (SEP, SLA...)

- Rééducation neurologique pluridisciplinaire >3x/semaine
- Education à des soins techniques (trachéotomie, nutrition artificielle...)
- Assistance respiratoire mécanisée
- Adaptation du suivi aux phases d'aggravation

Urgences / post-urgences :

- Anticipation de la sortie dès l'hospitalisation
- Retour à domicile précoce (institution++)

Soins techniques :

- Antibiothérapies
 - * réserve hospitalière
 - * injections pluri-quotidiennes
 - * diffusion continue
- Nutritions entérale & parentérale (suivi initial et éducation)
- Transfusion sanguine (sous réserve d'autorisation de la structure HAD de votre secteur)
- Ponctions d'ascite évacuatrices pour les ascites récidivantes
- Stomies et surveillance de l'équilibre hydro-électrolytique

Plaies :

- Pansements complexes
- Pansements par pression négative
- Exemples de plaies : plaies tumorales, pieds diabétiques, ulcères, escarres, ...

Chirurgie :

- Pansements complexes (TPN, cicatrisation dirigées post-amputations, désunion de cicatrices)
- Rééducation orthopédique postopératoire (PTH, PTG)
- Antibiothérapies (y compris à réserve hospitalière)
- PEC psychologique post-chirurgicale (amputation, mastectomie, ...)
- Anticiper le retour à domicile de patients poly-pathologiques et/ou à risque de décompensation

INDICATEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX :

- Possible depuis le domicile du patient directement (hospitalisation non nécessaire)
- Possible en institution : EHPAD, MAS, Foyers d'accueil spécialisé, ...
- Perte d'autonomie non limitante
- Aidant à domicile souhaitable mais non indispensable – HAD possible chez patient isolé – après évaluation sociale par l'HAD
- Logement adapté, après aménagement si nécessaire – après évaluation de l'équipe de l'HAD

Noms, prénoms des candidats : BADOUX Ophélie et RIGOT-MULLER (née LEPINE) Marie-Amélie

CONCLUSIONS

L'hospitalisation à domicile, à la frontière entre la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire, assure une prise en charge globale et centrée sur le patient, de qualité dans un environnement sécurisant. En plein essor depuis une dizaine d'années, l'HAD s'inscrit aujourd'hui dans le virage de la médecine vers l'ambulatoire, et répond au souhait des patients d'être pris en charge à leur domicile chaque fois que cela est possible. L'enjeu actuel est de faire de l'HAD une offre de soins pleinement intégrée dans le parcours de soins. Dans cette optique, la Cour des Comptes réitère ses recommandations sur la nécessité de renforcer la pertinence du recours à l'HAD en s'appuyant sur des référentiels.

La HAS a élaboré des référentiels pour les prises en charge en périnatalité, donnant ainsi une place plus précise à l'HAD dans le système de soins. Mais pour les autres pathologies, le référentiel actuel repose sur trois supports différents, source de confusion et d'interprétation différente en fonction des structures HAD et des médecins.

Ce travail de thèse a permis de croiser les regards des médecins prescripteurs et coordonnateurs d'HAD dans l'objectif d'évaluer le niveau de précision des indications d'HAD et leurs connaissances des modes de prise en charge. Un objectif secondaire était d'élaborer une grille d'aide à l'orientation des patients en HAD, destinée à être diffusée aux médecins prescripteurs.

Une enquête transversale de pratique a été menée grâce à des questionnaires anonymes, basés sur le guide ATIH 2015 et diffusés par voie électronique auprès des médecins généralistes libéraux et médecins hospitaliers de l'Ardèche et la Drôme, ainsi qu'aux médecins coordonnateurs HAD de la région Rhône-Alpes. Les résultats ont mis en évidence que les médecins jugeaient les indications d'HAD plutôt précises sans différence significative entre les trois groupes de médecins (généralistes libéraux, hospitaliers et HAD). Ce résultat contrastait avec le faible taux de connaissance aux questions sur les différents modes de prise en charge, et la part importante de médecins déclarant ne pas savoir les réponses.

Le référentiel actuel n'est donc en aucun cas pertinent pour aider les prescripteurs dans leur choix d'orientation vers l'HAD. Les différents critères des modes de prise en charge ne semblaient pas adaptés à la pratique quotidienne des médecins prescripteurs, mais également à celle des médecins HAD. Ces derniers avaient un score de connaissance significativement plus élevé que les prescripteurs du fait de leur plus grande expérience. Plus les médecins estimaient les indications précises, plus ils semblaient connaître l'HAD. Malgré tout, les médecins HAD n'avaient pas obtenu un taux de connaissance permettant d'affirmer la précision des indications ; la distinction entre le manque de précision et le manque de connaissances était

difficile à établir. Ils étaient très probablement corrélés et des améliorations seraient à apporter sur ces deux derniers points.

Le manque de précision des indications d'HAD apparaissant aussi dans ce travail renforce le constat de la Cour des Comptes. La HAS travaille actuellement à la réalisation de référentiels de prise en charge en améliorant la précision des indications afin de faciliter l'accès à l'HAD. L'intérêt d'apporter une information plus claire et plus précise permettrait aux médecins de mieux connaître l'HAD. Ils pourraient alors plus facilement orienter leurs patients entre le secteur libéral, l'HAD et l'hospitalisation conventionnelle. Il conviendra tout de même de partager la décision avec le patient, qui est au cœur de la prise en charge. A ce titre, nous proposons à l'issue de ce travail une grille d'aide à l'orientation des patients en HAD. Il sera intéressant d'évaluer la pertinence de cet outil. Cette grille pourra également faire l'objet d'améliorations avec la publication ultérieure des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature 



Vu :

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le **10 NOV. 2016**

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.
2. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juill 31, 1991.
3. 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.
4. FNEHAD – Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile [Internet]. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr/>
5. Code de la santé publique - Article L6111-1. Code de la santé publique.
6. Code de la santé publique - Article R6121-4-1. Code de la santé publique.
7. Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: <https://www.hitpages.com/doc/5454907805007872/1/>
8. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005650913>
9. Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-08/a0080584.htm>
10. Circulaire DHOS-03 n°2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: <http://www.adiph.org/accueil/textes-officiels/to-politique-de-sante/hospitalisation-a-domicile-coordination-des-soins/circulaire-dhos-o3-n-2006-506-du-1er-decembre-2006-relative-a-lhospitalisation-a-domicile>
11. Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. [Internet]. Disponible sur: <http://www.atih.sante.fr/circulaire-had-ehpa>
12. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
13. Hospitalisation à domicile (HAD) - Inspection générale des affaires sociales (IGAS) - Rapport de 2010. [Internet]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article134>
14. Rapport public annuel 2013 / Cour des comptes [Internet]. Disponible sur: <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2013>
15. Rapport cour des comptes - Evolution récente 20 janvier 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/L-hospitalisation-a-domicile>
16. Haute Autorité de Santé - Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs - Feuille de route [Internet]. 2016 Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2637845/fr/algorithme-d-aide-a-la-decision-d-orientation-des-patients-en-hospitalisation-a-domicile-had-a-destination-des-medecins-prescripteurs-feuille-de-route

17. Guide Méthodologique HAD 2016 | Publication ATIH [Internet]. Disponible sur: <http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2016>
18. Philit F, Langevin B, Petitjean T, Vandenberghe N, Magnet M, Guerin C. Assistance ventilatoire par trachéotomie à domicile chez 7 patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA). [Internet]. 17 avr 2008. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/144843/resultatrecherche/5>
19. Davies L, Wilkinson M, Bonner S, Calverley PM, Angus RM. « Hospital at home » versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. *BMJ*. 18 nov 2000;321(7271):1265-8.
20. Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafiotti C, Marinello R, Zanolchi M, et al. Substitutive « hospital at home » versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. mars 2008;56(3):493-500.
21. Farrero E, Escarrabill J, Prats E, Maderal M, Manresa F. Impact of a Hospital-Based Home-Care Program on the Management of COPD Patients Receiving Long-term Oxygen Therapy. *Chest*. févr 2001;119(2):364-9.
22. Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.docelec.univ-lyon1.fr/doi/10.1002/14651858.CD003573.pub2/abstract>
23. Ojoo JC, Moon T, McGlone S, Martin K, Gardiner ED, Greenstone MA, et al. Patients' and carers' preferences in two models of care for acute exacerbations of COPD: results of a randomised controlled trial. *Thorax*. févr 2002;57(2):167-9.
24. Hernandez C, Casas A, Escarrabill J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E, et al. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J*. janv 2003;21(1):58-67.
25. Puig-Junoy J, Casas A, Font-Planells J, Escarrabill J, Hernandez C, Alonso J, et al. L'hospitalisation à domicile réduit les coûts de prise en charge des exacerbations de BPCO. juin 2007;24(SPE):175-6.
26. Roubaud M. Mise en place de l'hospitalisation à domicile à partir d'un service d'urgence: étude descriptive de 42 demandes d'hospitalisation à domicile venant d'un service des urgences au sein du service d'HAD de Crest [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
27. Agha Babei S. Les indications de l'hospitalisation à domicile à partir d'un service d'accueil des urgences [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université Louis Pasteur; 2006.
28. Magnet M, Delmas V. Prise en charge de la nutrition parentérale à domicile par une structure d'hospitalisation à domicile en région Rhône-Alpes. *Nutr Clin Métabolisme*. déc 2013;27(4):269-75.
29. Haute Autorité de Santé - Evaluation de la nutrition parentérale à domicile : état des lieux et modalité de prise en charge [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_676783/fr/evaluation-de-la-nutrition-parenterale-a-domicile-etat-des-lieux-et-modalite-de-prise-en-charge
30. Montalto M, Dunt D. Home and hospital intravenous therapy for two acute infections: an early study. *Aust N Z J Med*. 1 févr 1997;27(1):19-23.
31. Brodin-Sartorius A, Dupeux S, Brodin M, Legendre C. Hospitalisation à domicile comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle pour le traitement répété par immunoglobulines intraveineuses des

- patients transplantés rénaux : étude rétrospective de 37 patients. *Néphrologie Thérapeutique*. sept 2012;8(5):385.
32. Maës L, Lamps L, Faure K, Béraud G, Leburgue F, Guéry B. S-04 Retour à domicile d'un patient sous antibiothérapie au long court dans l'unité de Maladies Infectieuses au CHRU de Lille. *Médecine Mal Infect*. juin 2009;39:S76.
 33. Haute Autorité de Santé : Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1696038/fr/conditions-du-developpement-de-la-chimiotherapie-en-hospitalisation-a-domicile
 34. Buthion V, Lagrange T, Fanidi A. La chimiothérapie à domicile : complémentarité ou concurrence dans la stratégie des structures hospitalières ? *J Déconomie Médicale*. 18 sept 2013. 29(1):18-35.
 35. Vergnenègre A, Decroisette C, Vincent F, Dalmay F, Melloni B, Bonnaud F, et al. Analyse économique de l'administration d'une chimiothérapie en hospitalisation à domicile (HAD) comparée à l'hospitalisation de jour dans les cancers bronchopulmonaires non à petites cellules de stade IV. *Rev Mal Respir*. 1 juin 2006;23(3):255-63.
 36. Dahan M, Paule B, Vordos D, Larre S, Salomon L, Yiou R, et al. Hospitalisation à domicile en oncologie : bilan des 5 premières années et enquête de satisfaction. *Prog En Urol*. juin 2007;17(4):855-9.
 37. Couillerot-Peyrondet A-L, Leclerc S, Hirtzlin I, Rumeau-Pichon C. Analyse de l'activité de chimiothérapie anticancéreuse en hospitalisation à domicile à partir du PMSI-HAD. *Santé Publique*. mars 2016;28(3):341-52.
 38. Hauchard-Leblanc A, Leblanc S, Seigneur B, Balagny S. Orientation des patients nécessitant une nutrition entérale à domicile vers une structure d'hospitalisation à domicile : proposition d'un modèle prédictif. *Nutr Clin Métabolisme*. nov 2008;22:60.
 39. Haute Autorité de Santé - Actes de prise en charge de plaies complexes à l'aide d'un appareil de traitement par pression négative [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2609361/fr/actes-de-prise-en-charge-de-plaies-complexes-a-l-aide-d-un-appareil-de-traitement-par-pression-negative
 40. Sandlarz M, Cabre P. Transfusion de produits sanguins labiles (PSL) en hospitalisation à domicile (HAD) et en centres de santé (CDS) : analyse sur une année en France. *Transfus Clin Biol*. nov 2014;21(4-5):269-70.
 41. Carrère M-O, Devaux Y, Havet N, Morelle M, Remonnay R, Kante V. Administration des transfusions sanguines à l'hôpital ou à domicile ? Le choix des patients atteints de cancer. *Bull Cancer (Paris)*. 2008;95(11):1-7.
 42. Buthion V, Denechaud C, Remonnay R. Organisation de la transfusion Sanguine Thérapeutique : Etude des modalités alternatives de la transfusion sanguine thérapeutique organisable en ambulatoire [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00605849>
 43. Gay V, Prévôt G, Amico I, Bonnet B, Mansard M-O. Transfusion en hospitalisation à domicile. *Transfusion Clinique et Biologique*. déc 2010;17(5-6):349-52.
 44. Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs [Internet]. APHP DAJ. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhoso2200899-du-25-mars-2008-relative-a-l-organisation-des-soins-palliatifs/>

45. Morin L, Aubry R. Soins palliatifs en hospitalisation à domicile : état des lieux à partir des données hospitalières. *Médecine Palliative et Soins de Support - Accompagnement - Éthique* [Internet]. juin 2016. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S163665221630023X>
46. Chappuis V. Hospitalisation à domicile, soins palliatifs et gériatrie. *InfoKara*. 1 mars 2008;23(1):16-7.
47. 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. *Santé Publique*. 18(3):443-57.
48. Chvetzoff G, Perol D, Devaux Y, Lancry L, Rebattu P, Magnet M, et al. Étude prospective de qualité des soins et de qualité de vie chez des patients cancéreux en phase palliative, en hospitalisation ou à domicile : analyse intermédiaire de l'étude Trapado. *Bull Cancer (Paris)*. 31 janv 2006;93(2):213-21.
49. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub2/abstract>
50. Haute Autorité de Santé - Symposium HAS - BMJ : Impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité (Clinical impact of quality improvement) - Nice, 19 avril 2010 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_810280/fr/symposium-has-bmj-impact-clinique-des-programmes-d-amelioration-de-la-qualite-clinical-impact-of-quality-improvement-nice-19-avril-2010
51. Sibailly G. Rotation des opioïdes dans les situations palliatives à domicile. *Rev Int Soins Palliatifs*. 27 juill 2011;26(2):137-75.
52. Haute Autorité de Santé - Indicateurs de qualité généralisés en HAD - Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats - Campagne 2011 - septembre 2012 [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1329868/rapport-indicateurs-de-qualite-generalises-en-had-analyse-descriptive-des-resultats-agreges-et-analyse-des-facteurs-associes-a-la-variabilite-des-resultats-campagne-2011
53. Caplan GA, Ward JA, Brennan NJ, Coconis J, Board N, Brown A. Hospital in the home: a randomised controlled trial. *Med J Aust*. 15 févr 1999;170(4):156-60.
54. Marilier S, Micheli E, Martin-Pfitzenmeyer I, Da Silva S, Mazen E, Terrade M-A, et al. Place de l'hospitalisation à domicile dans la filière de soins gériatrique : étude rétrospective de 48 patients âgés pris en charge en hospitalisation à domicile. *Rev Gériatrie*. 2009;34(2):87-93.
55. Chevalier LBJ, Marquestaut O, Lukacs B, Stampa M de. Impacts sur les pratiques professionnelles d'un protocole de soins mis en place entre l'hospitalisation avec hébergement et l'hospitalisation à domicile. *Santé Publique*. 10 juin 2015;27(2):205-11.
56. SFNV - La Société Française NeuroVasculaire [Internet]. Disponible sur: <http://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/>
57. Questions d'économie de la santé : 2007 (état de santé, protection sociale, enquête, analyses économiques, comparaisons internationales) - IRDES [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/2007/questions-d-economie-de-la-sante.html#n119>
58. 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 [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.

59. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2010.
60. Haute Autorité de Santé - Grossesse à risque et HAD [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1149357/fr/grossesse-a-risque-et-had
61. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
62. Communiqué de presse du CNGE du 24 octobre 2016 - conventionnement sélectif des médecins généralistes. [Internet]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_du_24_octobre_2016_conventionnement_select/
63. Nahmiash A, Bertrand É, Roupret-Serzec J, Foucher S, Estocq G-A, Gagnayre R, et al. Gestion du risque d'un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de cancer à domicile : concept et analyse fonctionnelle. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* déc 2012;4(2):S409-18.
64. A. Afrite. Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement - rapport1689 [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2008/rap1689.htm>
65. Haute Autorité de Santé - Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1651391/fr/outil-d-aide-a-la-decision-pour-l-admission-des-patients-en-soins-de-suite-et-de-readaptation
66. DENEUX G. Le médecin généraliste et l'hospitalisation à domicile (état des lieux et enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes dans un secteur semi-rural de la Somme). [Thèse d'exercice]. [France]. 2010.
67. HAD sortie précoce de chirurgie - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/Hospitalisation-a-domicile/HAD-sortie-precoce-de-chirurgie>
68. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
69. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie | CNSPFV [Internet]. Disponible sur: <http://www.soin-palliatif.org/actualites/plan-national-2015-2018>

ANNEXE 1 : Référentiel ATIH 2015

MP 01 Assistance respiratoire

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------|----|--|---|---|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Assistance respiratoire | 01 | Ce MP concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite : il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages, et également les soins éducatifs du patient et de l'entourage. | <p>Le MP 01 Assistance respiratoire inclut la ventilation invasive et la ventilation non invasive.</p> <p>Chez l'adulte, le MP 01 Assistance respiratoire ne peut être codé comme mode principal que si l'assistance respiratoire est mécanisée. Des aspirations trachéales pluriquotidiennes et des aérosols pluriquotidiens ne peuvent à eux seuls justifier le codage de ce MP.</p> <p>Chez l'enfant, (cf. plus loin les exemples de codage en pédiatrie.), le MP 01 Assistance respiratoire peut être codé comme MPP dans les circonstances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prématuré trachéotomisé traité par ventilation non invasive nocturne ; ▪ prématuré bronchodysplasique oxygénodépendant ou non, bénéficiant d'aérosols pluriquotidiens (au moins 3/j.) et de kinésithérapie respiratoire quotidienne. | <p>Le MP 01 Assistance respiratoire coexiste habituellement avec un autre MP. Si l'assistance respiratoire est isolée, une confirmation de codage est nécessaire⁴.</p> <p>Des aspirations trachéales pluriquotidiennes et des aérosols pluriquotidiens ne peuvent à eux seuls justifier le codage de ce MP.</p> <p>Le MP 01 peut être codé en tant que MPA dans les situations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lorsque deux des soins parmi les suivants sont associés : <ol style="list-style-type: none"> a. CPAP b. Aérosols quotidiens et/ou aspirations c. Les hétéro-soins pour les trachéotomies d. La kinésithérapie respiratoire au moins trois fois par semaine e. Les appareillages d'aide à l'expectoration f. Les thérapeutiques à visée respiratoire spécifique administrées par voie inhalée ou sous-cutanée (encombrement des voies aériennes supérieures, ...) ou par voie orale et présentant une charge pharmaceutique particulière (HTAP, ...) 2. Kinésithérapie respiratoire réalisée 7 jours sur 7 3. Oxygénothérapie seule <p>L'association avec le MP 15 Éducation du patient et/ou de son entourage est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à l'assistance respiratoire codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 25 Prise en charge psychologique et/ou sociale est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 01 est autorisé en EHPAD.</p> | <p>C'est l'affection ou les affections motivant les soins en HAD qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCMPA).</p> <p>À titre d'exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emphysème : J43-⁵ ▪ Bronchopneumopathie chronique obstructive : J44.9 ▪ Bronchite chronique : J42 ▪ Pneumoconioses : J60-J64 ▪ Paralysie du diaphragme : J98.60 |
| | 01 | | | | |

MP 02 Nutrition parentérale

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------|----|---|---|--|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Nutrition parentérale | 02 | <p>La nutrition parentérale à domicile (NPAD) consiste en la perfusion intraveineuse d'un mélange nutritif ayant le statut de médicament⁶ : mélanges nutritifs de type solutions binaires (lipides et protéides) ou solutions ternaires (glucides, lipides et protéides).</p> <p>Le rapport de la HAS précise les indications et les non-indications de la NPAD.</p> | <p>La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie d'abord, fourniture et maintenance des pompes, actions éducatives liées à la mise en place de la nutrition parentérale conformément aux recommandations de bonnes pratiques).</p> | <p>Le MP 02 Nutrition parentérale coexiste habituellement avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire⁷.</p> <p>Si le projet thérapeutique comporte une administration discontinue mais fréquemment répétée de l'administration parentérale, le codage se fait en continu. Seules les interruptions temporaires non prévues au protocole de soins justifient un arrêt de ce codage.</p> <p>L'association avec le MP 15 Éducation du patient et/ou de son entourage est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la mise en place de la nutrition parentérale codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 25 Prise en charge psychologique et/ou sociale est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>L'association MP02 et MP06 nécessite une confirmation de codage.</p> <p>Le MPA 02 est autorisé en EHPAD.</p> | <p>La diversité des circonstances de codage du MP 02 Nutrition parentérale rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant la nutrition parentérale en HAD.</p> |

MP 03 Traitement intraveineux

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------|----|---|---|---|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Traitement intraveineux | 03 | <p>Il s'agit de mettre en œuvre, y compris pour un traitement initié en MCO, une administration de médicament et/ou une surveillance de médicament ou la surveillance d'un injecteur programmable, par voie veineuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> soit lorsqu'il s'agit d'un médicament à usage hospitalier soit lorsque l'état polyopathologique ou la sévérité de l'état pathologique du patient le justifie et nécessite au moins deux passages infirmiers par jour. La situation polyopathologique doit être caractérisée par la lourdeur des soins requis ou par l'instabilité de la situation, dont les éléments du dossier du patient doivent impérativement témoigner. <p>La prise en charge comporte la mise en œuvre du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques.</p> <p>Chez l'enfant, le MP 03 peut ne justifier qu'un passage infirmier quotidien, à condition qu'il soit le fait d'une infirmière puéricultrice ; dans ce cas, il doit toujours être complété par le MP documentaire n° 26 <i>Traitement intraveineux, un seul passage quotidien</i>.</p> | <p>Ce MP exclut la chimiothérapie anticancéreuse et la nutrition parentérale (cf. les modes de prise en charge spécifiques).</p> <p>En aucun cas, l'injection isolée d'un médicament (par ex : Solumédrol®, métoprolamide, ...) ne peut à elle seule justifier le codage du MP 03 <i>Traitement intraveineux</i>.</p> | <p>L'association avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> est erronée.</p> <p>Chez l'enfant, le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, kétamine,...). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP 07 comme MPA.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la mise en place du traitement intraveineux codé en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 24 <i>Surveillance d'aplasie</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié au traitement intraveineux codé en tant que MPP.</p> <p>Le mode de prise en charge 03 (MPP ou MPA) est autorisé en EHPAD si le traitement intraveineux nécessite l'intervention de nuit d'une infirmière non présente en EHPAD.</p> | <p>La diversité des circonstances de codage du MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant le traitement intraveineux en HAD.</p> |

MP 04 Soins palliatifs

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------|----|--|--|---|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Soins palliatifs | 04 | <p>La prise en charge palliative, dont la durée est variable, concerne le patient et son entourage ; le patient est atteint d'une maladie grave en phase avancée ou terminale mettant en jeu à plus ou moins court terme son pronostic vital.</p> <p>Les soins prodigués visent à soulager la douleur physique, les symptômes d'inconfort, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir l'entourage ; ils permettent le maintien du patient dans son cadre habituel en lui évitant une hospitalisation dans un établissement de santé avec hébergement.</p> <p>On pourra se référer à l'annexe IV de la Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs qui précise les spécificités des soins palliatifs en hospitalisation à domicile.</p> | <p>Les soins palliatifs en hospitalisation à domicile présentent les caractéristiques de l'HAD définies par l'article R.6121-4-1 du code de la santé publique ; ils permettent de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation avec hébergement. Le projet de soins individualisé est multidimensionnel et interdisciplinaire, non seulement en raison des soins, mais aussi de la composante psychosociale, de l'importance du temps passé auprès du malade et de son entourage, du temps de concertation pluridisciplinaire nécessaire voire des besoins de soutien des soignants du domicile/de l'EMS/de l'ES (formation, adaptation des modalités de prise en charge propres au patient, soutien psychologique, ...). Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge implique du personnel médical et soignant mais aussi un ou plusieurs autres intervenants (psychologue, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, ...).</p> <p>Le codage en MP04 est admis y</p> | <p>L'association avec le MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> n'est autorisée que si le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP[®] ». L'acte en rapport est codé dans le RPSS lorsqu'il figure dans la CCAM (cf. ci-dessous).</p> <p>Le mode de prise en charge 04 (MPP ou MPA) est autorisé en EHPAD si les soins palliatifs nécessitent une mobilisation importante de moyens relationnels ainsi que techniques ou un ajustement quotidien de médicaments par voie orale ou parentérale du fait de la permanence et de l'instabilité de symptômes pénibles requérant un contrôle technique et une surveillance rapprochée.</p> | <p>Le MPP 04 <i>Soins palliatifs</i> doit être accompagné du code de la CIM-10 de la maladie qui justifie les soins palliatifs.</p> <p>Le code CIM-10 Z51.5 <i>Soins palliatifs</i> est redondant avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> : il convient de coder en DP et/ou DCMPP le ou les codes CIM 10 correspondant à la nature de la pathologie initiale : tumeur cancéreuse, affection neurologique dégénérative, etc.</p> |
| | 04 | | <p>compris lorsque la prise en charge a été organisée selon ces modalités mais n'a pas été mise en place effectivement du fait de l'aggravation rapide du patient et du transfert et/ou décès.</p> <p>Les soins palliatifs comprennent <u>au moins deux soins parmi les suivants</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> une prise en charge de la douleur (évaluation systématique et répétée avec des outils validés ; mise en œuvre et suivi des traitements appropriés, conformes aux recommandations professionnelles), une prise en charge psychologique du patient des soins de nursing (hygiène, soins de bouche, prévention et soins d'escarres, ...), un traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (par ex. toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil ...), un accompagnement du patient auquel peuvent participer tous les intervenants et en particuliers les bénévoles, | | |

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------|----|------------|--|--|---------------------------------------|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| | 04 | | <ul style="list-style-type: none"> - une prise en charge sociale : c'est dans ce cadre que l'intervention d'une assistante sociale pourra être proposée, - un accompagnement essentiellement psychologique de la famille et des proches. <p>Enfin, les soins palliatifs intègrent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes de manière à pouvoir les prendre en charge.</p> <p>La pathologie et sa gravité, la mise en œuvre d'une démarche interdisciplinaire et coordonnée, tous les soins effectués par l'ensemble des intervenants doivent impérativement être tracés dans le dossier du patient.</p> | | |

MP 05 Chimiothérapie anticancéreuse

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------------|----|---|--|---|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Chimiothérapie anticancéreuse | 05 | <p>Par chimiothérapie anticancéreuse on entend l'administration de produits des catégories L01 et L02 de la classification ATC quelle que soit la maladie traitée (tumeur ou non) et les catégories L03⁹ et L04 de la même classification quand la maladie traitée est une tumeur.</p> <p>Par ailleurs, le protocole de traitement doit en outre être conforme à l'encadrement réglementaire des produits et molécules prescrits conformément à leur AMM et conformes aux recommandations de la HAS et de l'Inca.</p> <p>La prise en charge comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ; ▪ l'administration de la chimiothérapie (ou de l'immunothérapie à visée antinéoplasique) ; ▪ la surveillance médico-soignante des thérapeutiques administrées ; ▪ le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires correspondant au(x) jour(s) d'administration de la chimiothérapie. | <p>Ce MP correspond d'une part à la chimiothérapie anticancéreuse et d'autre part à l'administration de thérapeutiques ciblées.</p> <p>L'utilisation de ce MP est justifiée les jours d'administration de la chimiothérapie anticancéreuse ou de la thérapeutique ciblée, par voie parentérale, cutanée ou orale.</p> <p>L'utilisation du MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> n'est pas justifiée lorsque le médicament est fourni par un établissement d'hospitalisation complète et que le branchement de la perfusion a été effectué par ce dernier.</p> <p>La chimiothérapie par voie orale ne peut donner lieu à l'utilisation de ce MP que lorsqu'elle est soumise à une prescription restreinte correspondant à l'une des deux conditions suivantes¹⁰ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médicament réservé à l'usage hospitalier ; <p>Chez l'enfant, lorsque l'HAD assure la préparation et l'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse orale ou sous-cutanée à la suite d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière par voie veineuse, le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est codé.</p> | <p>En cas d'administration discontinuée mais fréquemment répétée, le codage du MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> se fait en continu jusqu'au dernier jour d'administration ; une cotation discontinuée, entraînant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux administrations est supérieur à cinq jours.</p> <p>L'association avec le MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> n'est autorisée que lorsque le traitement intraveineux est indépendant de la chimiothérapie elle-même et de la gestion des effets secondaires engendrés par celle-ci.</p> <p>L'association avec le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la mise en place de la chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MPP.</p> | <p>Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la chimiothérapie anticancéreuse doit être enregistré dans le RPSS.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - C90.0 <i>Myélome multiple</i> ou, - C85.9 <i>Lymphome non hodgkinien</i>, de type non précisé |
| | 05 | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ médicament à prescription hospitalière et nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. <p>Chez l'enfant, lorsque l'HAD assure la préparation et l'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse orale ou sous-cutanée à la suite d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière par voie veineuse, le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est codé.</p> | <p>L'association avec le MP 24 <i>Surveillance d'aplasie</i> est erronée.</p> <p>Le MPP 05 et le MPA 05 sont autorisés en EHPAD exception faite de la chimiothérapie par voie orale.</p> | |

MP 06 Nutrition entérale

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | |
|-------------------------|----|--|--|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD |
| Nutrition entérale | 06 | Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> concerne des patients porteurs de : <ul style="list-style-type: none"> sonde nasogastrique, gastrostomie, jéjunostomie, et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD | Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> comporte : <ul style="list-style-type: none"> la surveillance du patient, la maintenance des pompes, l'éducation du patient et de son entourage. | Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> coexiste habituellement avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire ¹¹ . L'association avec le MP02 est possible sous réserve d'une confirmation de codage. <i>Chez l'enfant</i> , l'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est autorisée pour enregistrer les troubles de l'oralité connexes. Dans les autres cas, l'association du mode n° 15 est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la nutrition entérale codée en tant que MPP. L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. Le MPA 06 est autorisé en EHPAD. |

MP 07 Prise en charge de la douleur

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | |
|-------------------------------|----|---|---|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD |
| Prise en charge de la douleur | 07 | Le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> comporte : <ul style="list-style-type: none"> l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques. | L'hypnose n'étant pas prise en charge par l'assurance maladie, elle ne peut donner lieu au codage de ce MP. | Le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> doit être lié à l'importance de la consommation de ressources spécifiques mobilisées en vue de la prise en charge de la douleur. <i>Chez l'adulte</i> , il nécessite l'utilisation d'un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP ¹² ». Le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> se justifie le temps nécessaire à l'utilisation de l'injecteur. Le codage en tant que MPA 07 ne se justifie que le temps nécessaire à obtenir l'équilibre de la situation douloureuse à l'exception des situations durables de prises en charge en soins palliatifs justifiant le maintien du codage. Les autres situations de prise en charge de la douleur ne justifient pas le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> . <i>Chez l'adulte</i> , le MP n° 07 peut être associé aux MPP n° 03 <i>traitements intraveineux</i> , 08 <i>autres traitements</i> , 09 <i>pansements complexes</i> ou 11 <i>rééducation orthopédique</i> lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine,...) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. <i>Chez l'enfant</i> , le MP n° 07 peut être associé aux MPP n° 03, n° 8, n° 09 ou n° 11 lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, kétamine,...) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. <i>Chez l'enfant</i> , la prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> . L'association du MPA 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> au MPP n° 4 <i>Soins palliatifs</i> est possible à condition que le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP ». Les éléments attestant du respect des règles de l'art requises pour la pose et la surveillance d'un tel dispositif doivent être présents dans le dossier du patient. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la prise en charge de la douleur codée en tant que MPP. Le MPP 07 est autorisé en EHPAD. |

MP 08 Autres traitements

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------|----|--|--|--|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Autres traitements | 08 | <p>Il s'agit de prises en charge de patients qui relèvent sans ambiguïté de l'HAD, conformément à l'article R6121-4-1 du code de la santé publique, et nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents ne pouvant être complètement décrites par aucun des autres modes de prise en charge.</p> <p>Remarque : la réalisation isolée de saignées thérapeutiques ne justifie pas une prise en charge en HAD.</p> | <p>Ce MP regroupe des situations hétérogènes :</p> <ul style="list-style-type: none"> modalités de prise en charge en HAD non modélisées actuellement ; actes spécifiques (ex : évacuation pleurale, ponction d'abcès...) <p>lorsqu'ils sont réalisés dans un contexte justifiant une hospitalisation.</p> <p>L'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse, y compris pour une maladie non tumorale, n'utilise pas ce MP mais le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i>.</p> <p>Dans tous les cas, l'utilisation de ce MP doit être clairement justifiée et tracée dans le dossier du patient.</p> <p>Le MP 08 <i>Autres traitements</i> inclut la surveillance après greffe d'organe ou de tissu.</p> | <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à « l'autre traitement » codé en tant que MPP.</p> <p>Le MPP 08 et MPA 08 sont autorisés en EHPAD si ces interventions sont exceptionnelles et correspondent à des pratiques documentées.</p> | <p>Les établissements sont invités à coder les diagnostics correspondant aux symptômes et à la maladie causale (DCMPP, DCMPPA et DAS) et de renseigner les actes CCAM lorsqu'ils existent.</p> <p>Le MP 08 <i>Autres traitements</i> incluant la surveillance après greffe, doit être accompagné d'un code CIM-10 Z94.- <i>Grefte d'organe et de tissu</i>¹³ comme diagnostic correspondant au mode de prise en charge concerné du RPSS (en pédiatrie, voir les exemples de codage des MP en pédiatrie).</p> |

MP 09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|---|----|---|--|--|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | 09 | <p>Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention (soins et coordination) de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge ou nécessitant une réévaluation régulière de la stratégie thérapeutique, y compris, le cas échéant, quand elle est réalisée à distance dans le cadre de la télé-médecine.</p> <p>Dans certains cas (récidives, plaies chroniques, multiples échecs préalables...) il peut être justifié de poursuivre la prise en charge en HAD jusqu'à la cicatrisation.</p> <p>La notion de stomie compliquée ne s'apprécie pas seulement sur le plan cutané et inclut notamment la compensation de pertes digestives importantes et leur surveillance clinique et/ou biologique, ou de multiples changements de supports</p> <p>Le MP 09 inclut le traitement des plaies par pression négative selon les</p> | <p>Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> inclut la prise en charge de la douleur générée par la réalisation du pansement ou des soins spécifiques sauf quand elle utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine,...) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient.</p> <p>Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> inclut tout pansement de trachéostomie, quelle qu'en soit la durée (changement de canule de trachéostomie : cf. le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i>).</p> | <p>Chez l'enfant, le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MPP n° 09 que lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, kétamine,...). La prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MPA n° 07 <i>Prise en charge de la douleur</i>.</p> <p>L'association avec le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MPP.</p> <p>Le MPP 09 est autorisé en EHPAD.</p> | <p>Il est important de décrire les lésions soignées en HAD ainsi que et la/les maladie(s) qui en sont à l'origine en DP ou en DCMPP</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> escarre : L89.-¹⁵ ; ulcère variqueux : I83.-¹⁵ ; I70.21 <i>Athérosclérose des artères distales, avec gangrène</i> ; T87.5 <i>Nécrose d'un moignon d'amputation</i>. <p>Le codage des complications de stomies utilise par exemple les codes :</p> <ul style="list-style-type: none"> J95.0 <i>Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie</i> ; K91.4 <i>Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie et d'une entérostomie</i> N99.5 <i>Mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire</i>. <p>Des codes CIM-10 sans lien avec le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> peuvent être décrits en DA : ex. G30.9 <i>Maladie d'Alzheimer, sans précision</i>.</p> |
| | 09 | recommandations de la Haute Autorité de santé ¹⁴ . | | | |

MP 10 Posttraitement chirurgical

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-----------------------------|----|---|---|--|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Post traitement chirurgical | 10 | <p>Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> concerne les situations de surveillance post chirurgicale et post-interventionnelle (par ex. pose de drain sous radioguidage) nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge.</p> <p>Il est à nouveau rappelé que, dans ce cadre, la lourdeur des soins ou l'instabilité de la situation, dont les éléments figurant dans le dossier du patient doivent témoigner, doit justifier le recours à l'hospitalisation.</p> <p>Le MP10 inclut également le traitement post-traumatologique, par exemple allègement prolongé pour fracture du bassin ou traction collée</p> | <p>Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> exclut les soins prodigués pour accouchement après césarienne, qui doivent être codés selon les consignes données <i>infra</i> pour le MP 21 <i>Post partum pathologique</i>.</p> | <p>L'association avec le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP.</p> <p>Le MPP n° 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> ne peut coexister qu'avec un mode d'entrée codé « 6 » (mutation) ou « 7 » (transfert) et une provenance codée « 1 » (médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie : MCO) ou « 2 » (soins de suite et de réadaptation, SSR) ou avec un mode d'entrée 8 (post-consultation hospitalière).</p> | <p>Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> doit être accompagné du code CIM-10 de la maladie opérée en DCMPP/DCMPA suivant le cas (MPP ou MPA).</p> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> pneumectomie ou lobectomie pour cancer bronchique lobaire supérieur : Z90.2 <i>Absence acquise de poumon [partie de]</i> en DP ou en DCMPP/DCMPA et C34.1 <i>Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon</i> en DCMPP/DCMPA soins locaux après retrait d'une vis d'ostéosynthèse d'une fracture du tibia, menaçant la peau : Z98.8 <i>États post chirurgicaux précisés</i> en DP ou en DCMPP/DCMPA et T84.1 <i>Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre</i> en DCMPP/DCMPA. |

MP 11 Rééducation orthopédique

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|--------------------------|----|--|---|--|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Rééducation orthopédique | 11 | <p>Le projet thérapeutique nécessite une forte implication du ou des acteurs de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique.</p> <p>Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile du patient est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 par semaine* lorsque le MP 11 Rééducation orthopédique est codé en MPP ; 3 par semaine lorsque le MP 11 Rééducation orthopédique est codé en MPA. | <p>Le projet spécifique doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectués effective. Il inclut la réadaptation et la réinsertion.</p> | <p>Le MP 11 Rééducation orthopédique coexiste habituellement avec un autre MP. Si la rééducation orthopédique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire¹⁶.</p> <p>Chez l'enfant, le MP 07 Prise en charge de la douleur ne peut être associé au MP 11 Rééducation orthopédique que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, kétamine...). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP 07 Prise en charge de la douleur comme mode associé.</p> <p>L'association avec le MPA 15 Education du patient et/ou de son entourage ne peut être justifiée par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques.</p> <p>L'association avec le MP 25 Prise en charge psychologique et/ou sociale est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 11 est autorisé en EHPAD.</p> | <p>Le MP 11 Rééducation orthopédique doit être accompagné par exemple du code CIM-10 de la maladie opérée en DCMPP:</p> <p>ex. Z96.6 Présence d'implants d'articulations orthopédiques en (DP, DCMPP, DCMPA) et S72.0 Fracture du col du fémur en DCMPP/DCMPA.</p> <p>Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent doivent être utilisées comme 5e caractère supplémentaire lorsqu'il n'est pas possible ou désiré d'utiliser le codage multiple pour identifier les fractures et les plaies ouvertes. Une fracture non précisée fermée ou ouverte doit être classée comme fermée.</p> <p>0 Fracture fermée 1 Fracture ouverte</p> |

MP 12 Rééducation neurologique

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|--------------------------|----|--|---|---|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Rééducation neurologique | 12 | <p>Le projet thérapeutique nécessite une forte implication du ou des acteurs de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique.</p> <p>Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile du patient est fixé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 par semaine* lorsque le MP 12 Rééducation neurologique est codé en MPP ; 3 par semaine lorsque le MP 12 Rééducation neurologique est codé en MPA. | <p>Le projet spécifique doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectués effective. Il inclut la réadaptation et la réinsertion.</p> | <p>Le MP 12 Rééducation neurologique coexiste habituellement avec un autre MP. Si la rééducation neurologique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire¹⁷.</p> <p>L'association avec le MPA 15 ne peut être justifiée par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques.</p> <p>L'association avec le MP 25 Prise en charge psychologique et/ou sociale est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 12 est autorisé en EHPAD.</p> | <p>Exemple :</p> <p>retour à domicile d'un patient pris en charge en SSR pour une hémiplegie spastique due à un infarctus cérébral par embolie sylviennne ; la rééducation neurologique se poursuit ;</p> <p>Description des diagnostics : code CIM-10 I63.4 Infarctus cérébral dû à une embolie des artères spastiques en DP ; Hémiplegie spastique en DCMPP ou DCMPA ;</p> |

MP 13 Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|---|----|---|---|---|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse | 13 | <p>La surveillance post chimiothérapie anticancéreuse comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médico-soignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière : soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle.</p> | <p>Le MP 13 Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse correspond à la surveillance après administration d'une chimiothérapie anticancéreuse ou de thérapeutiques ciblées.</p> <p>La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée. Celle-ci peut ne pas être une tumeur.</p> <p>Le codage de ce MP doit être justifié en fonction des effets secondaires observés ou potentiels.</p> <p>Le dossier du patient doit intégrer le protocole de chimiothérapie reçu et les modalités de surveillance du traitement.</p> <p>Le MP 13 exclut la surveillance après greffe de moelle osseuse (pour celle-ci, cf. le MP 08 Autres traitements).</p> | <p>L'association avec le MP 05 Chimiothérapie anticancéreuse est erronée.</p> <p>L'association avec le MP 15 Education du patient et/ou de son entourage est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance après chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MPP.</p> <p>L'association avec le MP 24 Surveillance d'aplasie est erronée.</p> | <p>Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la chimiothérapie anticancéreuse doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMPA)</p> <p>Les codes CIM-10 : Z08.2 Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne et Z09.2 Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections sont redondants avec le MP 13 Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse.</p> <p>La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée – celle-ci pouvant ne pas être une tumeur –, le codage avec la CIM-10 de la maladie est essentiel.</p> |

MP 14 Soins de nursing lourds

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | |
|-------------------------|----|--|--|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD |
| Soins de nursing lourds | 14 | <p>Le MP 14 <i>Soins de nursing lourds</i> comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des malades dépendants ou très dépendants (indice de Karnofsky \leq 50%).</p> <p>Par « supérieure à 2 heures » on entend la durée de présence cumulée des intervenants de l'équipe soignante.</p> <p>Lorsque la durée cumulée des intervenants de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge est supérieure à une heure, elle peut être codée en MPA.</p> | <p>Les soins engendrés par la réalisation d'aspirations trachéales ou l'utilisation d'aérosols pluriquotidiens sont inclus dans les soins de nursing lourds sous réserve des dispositions relatives au MPA 01.</p> | <p>Le MP 14 <i>Soins de nursing lourds</i> <u>coexiste habituellement</u> avec un autre MP. Si le MP 14 est isolé, une confirmation de codage est nécessaire¹⁸.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées aux soins de nursing lourds codés en tant que MP principal.</p> <p>L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.</p> <p>Le MPA 14 est autorisé en EHPAD.</p> |

MP 15 Éducation du patient et/ou de son entourage

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|---|----|--|--|---|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Éducation du patient et/ou de son entourage | 15 | <p>Le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> comporte le suivi médico-soignant quasi quotidien et l'éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires...) formalisé sous forme d'un projet dans le dossier du patient.</p> | <p>L'utilisation de ce MP est subordonnée à la conduite d'une réelle action d'éducation du patient et de son entourage et non d'accompagnement.</p> <p>Les objectifs du programme d'éducation, les actions entreprises et les résultats de l'évaluation finale doivent figurer dans le dossier du patient.</p> <p>Le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> inclut le changement de canule de trachéostomie lorsqu'il s'agit d'éduquer des professionnels de santé ou l'entourage du patient ou le patient lui-même à ce changement.</p> | <p>L'association avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> est erronée.</p> <p>L'utilisation du MPP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> nécessite des conditions conformes à son contenu.</p> <p>Le MPA 15 ne peut être justifié par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques.</p> | <p>La diversité des circonstances de codage du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes diagnostics des maladies ou problèmes motivant cette prise en charge en HAD (DP, DCMPP, DCMPA).</p> <p>Lorsque le MP 15 est codé pour le changement de canule de trachéostomie, le code de la CIM-10 Z93.0 <i>Trachéostomie</i> doit être enregistré comme DP, DCMPP dans le RPSS (cf. exemples de codage des MP en pédiatrie).</p> |

MP 17 Surveillance de radiothérapie

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------------|----|--|--|--|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations | Codage des diagnostics avec la CIM-10 |
| Surveillance de radiothérapie | 17 | <p>Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires à court terme d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle.</p> | <p>Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> est utilisé pendant la radiothérapie et dans le cadre de la surveillance des effets secondaires immédiats (dermites, mucites, effets secondaires hématologiques, surveillance neurologique, effet antalgique...).</p> | <p>Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> <u>coexiste habituellement</u> avec un autre MP. Si le MP 17 est isolé, une confirmation de codage est nécessaire¹⁹.</p> <p>L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance de radiothérapie codée en tant que MPP.</p> <p>En cas de prise en charge discontinuée mais fréquemment répétée, le codage est continu jusqu'au dernier jour. Le codage discontinu, entraînant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux séances est supérieur à 5 jours.</p> | <p>Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la radiothérapie doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMPA)</p> <p>Les codes CIM-10 Z08.1 <i>Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne</i> et Z09.1 <i>Examen de contrôle après radiothérapie pour d'autres affections</i> sont redondants avec le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i>.</p> |

MP 18 Transfusion sanguine

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | | |
|-------------------------|----|--|---|--|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations | Codage des diagnostics avec la CIM-10, acte CCAM |
| Transfusion sanguine | 18 | La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment. | Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents le jour de la transfusion. | L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la transfusion sanguine codée en tant que MPP. Le MPP 18 est autorisé en EHPAD. | Le code de la maladie motivant la transfusion sanguine doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMP, DCMPA). Par exemple : DP : Anémie D46.- DCMP : Leucémie C91.- L'acte CCAM de transfusion sanguine à domicile doit être décrit dans le RAPSS. |

MP 24 Surveillance d'aplasie

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | |
|-------------------------|----|--|-----------------|---|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD |
| Surveillance d'aplasie | 24 | La prise en charge comporte : <ul style="list-style-type: none"> la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires (antibiothérapie...) | | L'association avec le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée. L'association avec le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance d'aplasie codée en tant que MPP. Le MPP 24 est autorisé en EHPAD. |

MP 25 Prise en charge psychologique ou sociale

| Mode de prise en charge | N° | Définition | Recommandations | |
|---|----|--|--|--|
| | | | Contenu | Modalités de codage et possibilités d'associations |
| Prise en charge psychologique et/ou sociale | 25 | Il s'agit du soutien psychologique ou social du malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux). | Un suivi psychologique et social « de base » devant être assuré pour tous les modes de prise en charge, l'utilisation de ce MP nécessite l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social du fait d'une situation complexe. Les éléments de complexité motivant l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social doivent être tracés dans le dossier médical. Le codage de ce MP n'est pas adapté si l'intervention concernée est limitée à une intervention isolée, par exemple à l'occasion de l'admission. En revanche, les interventions indirectes régulières (auprès des autres professionnels, en participation à des synthèses, etc.), dès lors que le dossier du patient en témoigne, doivent être prises en considération. Le codage est licite le temps de l'intervention de ces professionnels (temps direct et indirect des professionnels). | La prise en charge psychologique ou sociale vient nécessairement en complément d'un autre MP ; elle ne peut être qu'un MPA. L'association avec les MPP n° 1, 2, 6, 11, 12, 14 est autorisée à condition que le MPA n° 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. |

ANNEXE 2 :

Indice de Karnofsky (IK)

INDICE DE KARNOFSKY

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

ANNEXE 3 :

Questionnaire Médecins Généralistes

QUESTIONNAIRE MEDECINS GENERALISTES

Nom et prénom (facultatif) :

Renseignements sociodémographiques

Sexe : homme femme Age : < 35ans 35-50ans 50-65ans > 65ans

Année d'installation : Mode d'exercice : seul groupe

Département : 26 07 Secteur d'activité : rural semi-rural urbain

Intervention d'une structure d'HAD sur votre secteur : oui non

Visites à domicile (hors HAD) : Oui moyenne / semaine :

Non exceptions pour les patients en HAD ? Oui non

L'HAD & vous

Votre expérience en HAD :

Stage universitaire (externat/internat)

Patients pris en charge en HAD

Hospitalisation d'un proche en HAD

Prescription d'HAD pour un patient

Expérience professionnelle (ancien ou actuel médecin coordonnateur)

Aucune expérience avec l'HAD

Le vécu de votre expérience en HAD : Positif Négatif

Quelles indications d'HAD ne connaissez-vous pas ? Cocher non pour les indications que vous ne connaissez pas

| Indications | Non |
|---|-----|
| Assistance respiratoire | |
| Nutrition parentérale | |
| Traitement IV | |
| Soins palliatifs | |
| Chimiothérapie anti-cancéreuse | |
| Nutrition entérale | |
| Prise en charge de la douleur | |
| Autres traitements | |
| Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | |
| Post-traitement chirurgical | |

| Indications | Non |
|--|-----|
| Rééducation orthopédique | |
| Rééducation neurologique | |
| Surveillance post-chimiothérapie anti-cancéreuse | |
| Soins de nursing lourds | |
| Education du patient et/ou de son entourage | |
| Surveillance de radiothérapie | |
| Transfusion sanguine | |
| Surveillance d'aplasie | |
| Prise en charge psychologique ou sociale | |

Les critères d'admission en HAD vous paraissent-ils : (sélectionner le chiffre qui vous convient)

1 2 3 4
pas du tout précis peu précis plutôt précis très précis

Les indications d'HAD : plus en détails...

Les questions suivantes se basent sur les indications d'HAD reprises unes par unes, tirées des textes officiels. Nous souhaitons étudier les indications peu claires pour vous et qui nécessiteraient d'être précisées dans notre formulaire.

1/ Assistance respiratoire

Selon vous, quelle(s) situation(s) sont compatibles avec une prise en charge en HAD ? (plusieurs réponses possibles)

| | Non | Oui | Ne sait pas |
|-----------------------------------|-----|-----|-------------|
| Aérosols | | | |
| Aspirations | | | |
| Assistance respiratoire mécanisée | | | |
| CPAP | | | |
| Kinésithérapie respiratoire | | | |
| Oxygénothérapie | | | |
| Trachéotomie | | | |

2/ La nutrition parentérale(NP)

Dans quelle(s) condition(s) un patient avec une nutrition parentérale rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

- Contexte de maladie chronique
- Isolement social du patient
- Pas de condition nécessaire, toute NP peut être pris en charge en HAD
- Autres :
- Mise en route de la NP
- Autre indication associée
- Ne sait pas

3/ Nutrition entérale (NE)

Dans quelle(s) condition(s) un patient avec une SNG/Gastrostomie/Jéjunostomie rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

- Contexte de maladie chronique
- Isolement social du patient
- Pas de condition nécessaire, toute NE peut être pris en charge en HAD
- Autres :
- Mise en route de la NE
- Autre indication associée
- Ne sait pas

4/ Traitement intraveineux

De quel(s) traitement(s) s'agit-il ?

- Tout traitement IV dès lors que la fréquence des injections est suffisante
- Tout traitement IV sans condition de fréquence nécessaire
- Médicament à prescription hospitalière sans condition de fréquence
- Médicament à usage hospitalier
- Ne sait pas

Une prise en charge en HAD est-elle possible pour un traitement par :

- * Rocéphine? Oui Non Ne sait pas * Perfalgan ? Oui Non Ne sait pas

5/ Soins palliatifs

Dans la législation, il est précisé qu'il s'agit de "soins coordonnés d'une particulière intensité".

Le fait d'associer au moins 2 soins (exemple : kiné + psycho) correspond-il à la notion de soins coordonnés ? Oui Non Ne sait pas

Pour un patient relevant d'une prise en charge palliative, dans quelles conditions faites-vous appel à l'équipe de l'HAD ? (cochez par ordre d'intérêt dans votre pratique, en cochant de 1 (peu utile) à 5 (nécessaire).)

| | 1 (peu utile) | 2 | 3 | 4 | 5 (nécessaire) |
|--------------------------|---------------|---|---|---|----------------|
| Dépendance/Nursing lourd | | | | | |
| Douleur complexe | | | | | |
| Dyspnée | | | | | |
| Encombrement | | | | | |
| Pansements | | | | | |
| Souffrance psychologique | | | | | |
| Soutien de la famille | | | | | |
| Soutien des libéraux | | | | | |

Existe-t-il une durée d'intervention quotidienne minimale ?

Oui Non Ne sait pas

Quelle est la durée d'HAD dans ce cadre ? Durée prévisible révisable selon l'évolution
 Jusqu'au décès, donc durée illimitée
 Ne sait pas

6/ Chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne-t-il la voie : * Parentérale ? oui non Ne sait pas
* Cutanée ? oui non Ne sait pas
* Orale ? oui non Ne sait pas

7/ Prise en charge de la douleur

L'utilisation des morphiniques per os justifie-t-elle d'une HAD ? Oui Non Ne sait pas

A quelle fréquence les injections de morphiniques justifie-t-elle une prise en charge en HAD ?

* Quotidienne : oui non Ne sait pas
* Pluriquotidienne : oui non Ne sait pas
* Par pompe programmable : oui non Ne sait pas

8/ Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

Quelle est la durée moyenne minimale de pansement quotidien pour justifier une prise en charge en HAD ? 15 min 30 min 45 min 60 min Ne sait pas

Cela concerne-t-il tout type de plaie ? Oui Non Ne sait pas

9/ Post-traitement chirurgical

Quelle est la durée minimale quotidienne des soins nécessaires pour une HAD ?

15 min 30 min 45 min 60 min Ne sait pas

10/ Rééducation orthopédique

Quelle est la fréquence de rééducation nécessaire à une HAD en tant qu'indication principale ?

1x/sem 2x/sem 3x/sem 4x/sem 5x/sem Ne sait pas

11/ Rééducation neurologique

Quelle est la fréquence de rééducation nécessaire à une HAD en tant qu'indication principale ?

- 1x/sem 2x/sem 3x/sem 4x/sem 5x/sem Ne sait pas

12/ Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne-t-il tous les types de chimiothérapies ? oui non Ne sait pas

Quelle est la surveillance dans ce contexte ?

- Le temps de la chimiothérapie Après la chimiothérapie pendant 10 jours
 Le temps entre deux cures de chimiothérapies Selon l'intensité des effets secondaires
 Après la chimiothérapie, pendant une durée déterminée selon la molécule Ne sait pas

13/ Soins de nursing lourd

Quelle est la fréquence minimum des soins nécessaires ?

- 1x/semaine 3x/semaine 5x/semaine 1h/jour 2h/jour 3h/jour

14/ Education du patient et/ou de son entourage

Quelle(s) situation(s) peuvent être concernées par cette prise en charge ?

- Mise en place d'un traitement par insuline Apprentissage à l'utilisation de matériel médical / paramédical
 Mise en place d'un traitement par AVK Mise en place d'un régime alimentaire pour une maladie chronique
 Situations complexes
 Ne sait pas

15/ Surveillance de radiothérapie

Quelle(s) effet(s) secondaire(s) surveille-t-on dans cette indication ?

- Immédiates Retardées Locorégionales Générales Ne sait pas
 Nutritionnelles Cliniques Biologiques Psychologiques

16/ Transfusion sanguine

Quel(s) produit(s) sanguin(s) labile(s) cela concerne-t-il ?

- Globules rouges Plasma Plaquettes Ne sait pas

17/ Surveillance d'aplasie

Une aplasie fébrile peut-elle être prise en charge en HAD ? Oui Non Ne sait pas

18/ Libéral exclusif ou HAD ?

Qu'est-ce qui différencie selon vous une prise en charge en HAD d'une prise en charge libérale exclusive ?

- la coordination des soins le coût journalier
 la densité des soins le choix du patient
 la permanence des soins autre (*précisez*) : ...

19/ Pour aller plus loin ... Pour améliorer votre pratique courante, que manquerait-il dans les critères d'admission en HAD ? (*réponse libre*)

Merci d'avoir pris ces précieuses minutes pour répondre à notre questionnaire.

Marie-Amélie RIGOT-MULLER & Ophélie BADOUX

ANNEXE 4 :

Questionnaire Médecins Hospitaliers

QUESTIONNAIRE MEDECINS HOSPITALIERS

Nom et prénom (facultatif) :

Renseignements sociodémographiques

Sexe : homme femme Age : < 35ans 35-50ans 50-65ans > 65ans

Service : Mode d'exercice : Hôpital Clinique

Département : 26 07 Hospitalier depuis quelle année ?

Intervention d'une structure d'HAD sur votre secteur : oui non

L'HAD & vous

Votre expérience en HAD :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stage universitaire (externat/internat) | <input type="checkbox"/> Patients pris en charge en HAD |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation d'un proche en HAD | <input type="checkbox"/> Prescription d'HAD pour un patient |
| <input type="checkbox"/> Expérience professionnelle (ancien ou actuel médecin coordonnateur) | <input type="checkbox"/> Aucune expérience avec l'HAD |

Le vécu de votre expérience en HAD : Positif Négatif

Quelles indications d'HAD ne connaissez-vous pas ?

Cocher non pour les indications que vous ne connaissez pas

| Indications | Non |
|---|-----|
| Assistance respiratoire | |
| Nutrition parentérale | |
| Traitement IV | |
| Soins palliatifs | |
| Chimiothérapie anti-cancéreuse | |
| Nutrition entérale | |
| Prise en charge de la douleur | |
| Autres traitements | |
| Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | |
| Post-traitement chirurgical | |

| Indications | Non |
|--|-----|
| Rééducation orthopédique | |
| Rééducation neurologique | |
| Surveillance post-chimiothérapie anti-cancéreuse | |
| Soins de nursing lourds | |
| Education du patient et/ou de son entourage | |
| Surveillance de radiothérapie | |
| Transfusion sanguine | |
| Surveillance d'aplasie | |
| Prise en charge psychologique ou sociale | |

Les critères d'admission en HAD vous paraissent-ils : (*sélectionner le chiffre qui vous convient*)

| | | | |
|--------------------|------------|---------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| pas du tout précis | peu précis | plutôt précis | très précis |

Les indications d'HAD : plus en détails...

Les questions suivantes se basent sur les indications d'HAD reprises unes par unes, tirées des textes officiels. Nous souhaitons étudier les indications peu claires pour vous et qui nécessiteraient d'être précisées dans notre formulaire.

1/ Assistance respiratoire

Selon vous, quelle(s) situation(s) sont compatibles avec une prise en charge en HAD ? (*plusieurs réponses possibles*)

| | Non | Oui | Ne sait pas |
|-----------------------------------|-----|-----|-------------|
| Aérosols | | | |
| Aspirations | | | |
| Assistance respiratoire mécanisée | | | |
| CPAP | | | |
| Kinésithérapie respiratoire | | | |
| Oxygénothérapie | | | |
| Trachéotomie | | | |

2/ La nutrition parentérale(NP)

Dans quelle(s) condition(s) un patient avec une nutrition parentérale rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

- Contexte de maladie chronique
- Isolement social du patient
- Pas de condition nécessaire, toute NP peut être pris en charge en HAD
- Autres :
- Mise en route de la NP
- Autre indication associée
- Ne sait pas

3/ Nutrition entérale (NE)

Dans quelle(s) condition(s) un patient avec une SNG/Gastrostomie/Jéjunostomie rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

- Contexte de maladie chronique
- Isolement social du patient
- Pas de condition nécessaire, toute NE peut être pris en charge en HAD
- Autres :
- Mise en route de la NE
- Autre indication associée
- Ne sait pas

4/ Traitement intraveineux

De quel(s) traitement(s) s'agit-il ?

- Tout traitement IV dès lors que la fréquence des injections est suffisante
- Tout traitement IV sans condition de fréquence nécessaire
- Médicament à prescription hospitalière sans condition de fréquence
- Médicament à usage hospitalier
- Ne sait pas

Une prise en charge en HAD est-elle possible pour un traitement par :

- * Rocéphine? Oui Non Ne sait pas * Perfalgan ? Oui Non Ne sait pas

5/ Soins palliatifs

Dans la législation, il est précisé qu'il s'agit de "soins coordonnés d'une particulière intensité".
Le fait d'associer au moins 2 soins (exemple : kiné + psycho) correspond-il à la notion de soins coordonnés ? Oui Non Ne sait pas

Pour un patient relevant d'une prise en charge palliative, dans quelles conditions faites-vous appel à l'équipe de l'HAD ? (cochez par ordre d'intérêt dans votre pratique, en cochant de 1 (peu utile) à 5 (nécessaire).)

| | 1 (peu utile) | 2 | 3 | 4 | 5 (nécessaire) |
|--------------------------|---------------|---|---|---|----------------|
| Dépendance/Nursing lourd | | | | | |
| Douleur complexe | | | | | |
| Dyspnée | | | | | |
| Encombrement | | | | | |
| Pansements | | | | | |
| Souffrance psychologique | | | | | |
| Soutien de la famille | | | | | |
| Soutien des libéraux | | | | | |

Existe-t-il une durée d'intervention quotidienne minimale ?

Oui Non Ne sait pas

Quelle est la durée d'HAD dans ce cadre ? Durée prévisible révisable selon l'évolution

Jusqu'au décès, donc durée illimitée

Ne sait pas

6/ Chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne-t-il la voie :
* Parentérale ? oui non Ne sait pas
* Cutanée ? oui non Ne sait pas
* Orale ? oui non Ne sait pas

7/ Prise en charge de la douleur

L'utilisation des morphiniques per os justifie-t-elle d'une HAD ? Oui Non Ne sait pas

A quelle fréquence les injections de morphiniques justifie-t-elle une prise en charge en HAD ?

* Quotidienne : oui non Ne sait pas

* Pluriquotidienne : oui non Ne sait pas

* Par pompe programmable : oui non Ne sait pas

8/ Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

Quelle est la durée moyenne de pansement quotidien pour justifier une prise en charge en HAD ?

15 min 30 min 45 min 60 min Ne sait pas

Cela concerne-t-il tout type de plaie ? Oui Non Ne sait pas

9/ Post-traitement chirurgical

Quelle est la durée minimale quotidienne des soins nécessaires pour une HAD ?

15 min 30 min 45 min 60 min Ne sait pas

10/ Rééducation orthopédique

Quelle est la fréquence de rééducation nécessaire à une HAD en tant qu'indication principale ?

- 1x/sem 2x/sem 3x/sem 4x/sem 5x/sem Ne sait pas

11/ Rééducation neurologique

Quelle est la fréquence de rééducation nécessaire à une HAD en tant qu'indication principale ?

- 1x/sem 2x/sem 3x/sem 4x/sem 5x/sem Ne sait pas

12/ Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne-t-il tous les types de chimiothérapies ? oui non Ne sait pas

Quelle est la surveillance dans ce contexte ?

- Le temps de la chimiothérapie Après la chimiothérapie pendant 10 jours
 Le temps entre deux cures de chimiothérapies Selon l'intensité des effets secondaires
 Après la chimiothérapie, pendant une durée déterminée selon la molécule Ne sait pas

13/ Soins de nursing lourd

Quelle est la fréquence minimum des soins nécessaires ?

- 1x/semaine 3x/semaine 5x/semaine 1h/jour 2h/jour 3h/jour

14/ Education du patient et/ou de son entourage

Quelle(s) situation(s) peuvent être concernées par cette prise en charge ?

- Mise en place d'un traitement par insuline Apprentissage à l'utilisation de matériel médical / paramédical
 Mise en place d'un traitement par AVK Mise en place d'un régime alimentaire pour une maladie chronique
 Situations complexes
 Ne sait pas

15/ Surveillance de radiothérapie

Quelle(s) effet(s) secondaire(s) surveille-t-on dans cette indication ?

- Immédiates Retardées Locorégionales Générales Ne sait pas
 Nutritionnelles Cliniques Biologiques Psychologiques

16/ Transfusion sanguine

Quel(s) produit(s) sanguin(s) labile(s) cela concerne-t-il ?

- Globules rouges Plasma Plaquettes Ne sait pas

17/ Surveillance d'aplasie

Une aplasie fébrile peut-elle être prise en charge en HAD? Oui Non Ne sait pas

18/ Libéral exclusif ou HAD ?

Qu'est-ce qui différencie selon vous une prise en charge en HAD d'une prise en charge libérale exclusive?

- la coordination des soins le coût journalier
 la densité des soins le choix du patient
 la permanence des soins autre (*précisez*) : ...

19/ Pour aller plus loin ... Pour améliorer votre pratique courante, que manquerait-il dans les critères d'admission en HAD ? (*réponse libre*)

Merci d'avoir pris ces précieuses minutes pour répondre à notre questionnaire.

Marie-Amélie RIGOT-MULLER & Ophélie BADOUX

ANNEXE 5 :

Questionnaire Médecins HAD

QUESTIONNAIRE MEDECINS COORDONATEURS HAD

Nom et prénom (facultatif) :

Renseignements sociodémographiques – L'HAD & vous

Sexe : homme femme Age : < 35ans 35-50ans 50-65ans > 65ans

Médecin HAD depuis quelle année ?

Année de création de la structure :

Département :

Capacité (nombre de lits) :

Nombre d'ETP (équivalents temps plein) dans la structure :

Statut juridique de la structure : public privé à but non lucratif privé à but lucratif

Votre structure a-t-elle été soumise à un contrôle de la sécurité sociale ? Oui Non

Si oui, modification de votre activité ? Oui → En quoi ?

Les indications d'HAD : plus en détails ...

Les questions suivantes se basent sur les indications d'HAD reprises unes par unes, tirées des textes officiels. Nous souhaitons étudier les indications peu claires pour vous et qui nécessiteraient d'être précisées dans notre formulaire.

Les critères d'admission en HAD vous paraissent-ils : (sélectionner le chiffre qui vous convient)

1 2 3 4
pas du tout précis peu précis plutôt précis très précis

1/ Assistance respiratoire

Quelle(s) situation(s) sont compatibles avec une prise en charge en HAD ?

(cocher 1 à 2 cases par ligne)

| | Non | Oui, même seule | Oui, que associée | Fréquence | | | Ne sait pas |
|--------------------------------|-----|--------------------|----------------------|-----------|---------|---------|----------------|
| | | | | 1x/sem. | 3x/sem. | 5x/sem. | |
| Aérosols | | | | | | | |
| Aspirations | | | | | | | |
| Assistance Respi. mécanisée | | | | | | | |
| CPAP | | | | | | | |
| Kiné respi | | | | | | | |
| Oxygénothérapie | | | | | | | |
| Trachéotomie | | | | | | | |

L'utilisation de scopolamine dans le cadre d'encombrement respiratoire peut-il être un MPA ?

* Si per os : oui non ne sait pas

* Si SC : oui non ne sait pas

2/ La nutrition parentérale(NP)

Dans quelle(s) condition(s) un patient rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

- Contexte de maladie chronique
- Isolement social du patient
- Pas de condition nécessaire, toute NP peut être pris en charge en HAD
- Autres :
- Mise en route de la NP
- Autre indication associée
- Ne sait pas

3/ Nutrition entérale (NE) (Sonde naso-gastrique/Gastrostomie/Jéjunostomie)

Dans quelle(s) condition(s) un patient rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

- Contexte de maladie chronique
- Isolement social du patient
- Pas de condition nécessaire, toute NE peut être pris en charge en HAD
- Autres :
- Mise en route de la NE
- Autre indication associée
- Ne sait pas

4/ Traitement intraveineux

De quel(s) traitement(s) s'agit-il ?

- Tout traitement IV dès lors que la fréquence des injections est suffisante
- Tout traitement IV sans condition de fréquence nécessaire
- Médicament à prescription hospitalière sans condition de fréquence
- Médicament à usage hospitalier

Si le deuxième passage infirmier quotidien est nécessaire dans le cadre de la polypathologie ou la sévérité du patient, mais non liée au traitement IV, le patient relève-t-il de l'HAD ?

- Oui Non Ne sait pas → Pourquoi ? (réponse libre)

5/ Soins palliatifs

Pour un patient relevant d'une prise en charge palliative, dans quelles conditions fait-on appel à vous ? (cochez par ordre de fréquence, en cochant de 1 (peu fréquent) à 5 (très fréquent).)

| | 1 (peu fréquent) | 2 | 3 | 4 | 5 (très fréquent) |
|--------------------------|------------------|---|---|---|-------------------|
| Dépendance/Nursing lourd | | | | | |
| Douleur complexe | | | | | |
| Dyspnée | | | | | |
| Encombrement | | | | | |
| Pansements | | | | | |
| Souffrance psychologique | | | | | |
| Soutien de la famille | | | | | |
| Soutien des libéraux | | | | | |

Dans la législation, il est précisé qu'il s'agit de « soins coordonnés d'une particulière intensité ».

Le fait d'associer au moins 2 soins (ex: kiné + psycho) correspond-il à la notion de soins coordonnés ?

- Oui Non Ne sait pas

Existe-t-il un temps de soins nécessaire ?

- Oui Non Ne sait pas

Si oui, lequel ? < 15min 15-30min 30-60 min > 1heure Ne sait pas

Quelle est la durée d'HAD dans ce cadre ? Durée prévisible, révisable selon l'évolution
 Jusqu'au décès, donc durée illimitée
 Ne sait pas

6/ Chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne-t-il la voie : * Parentérale ? Oui Non Ne sait pas
* Cutanée ? Oui Non Ne sait pas
* Orale ? Oui Non Ne sait pas

7/ Prise en charge de la douleur

L'utilisation des morphiniques per os justifie-t-elle une HAD ? Oui Non Ne sait pas

Pour une prise en charge de la douleur en mode principal, les morphiniques doivent-ils être administrés : *(plusieurs réponses possibles)*

* Quotidienne : Oui Non Ne sait pas
* Pluriquotidienne : Oui Non Ne sait pas
* Pompe programmable : Oui Non Ne sait pas

8/ Autres traitements

Quels sont ces autres traitements ? *(Réponse libre, précisez des exemples si possible)*

9/ Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

Quelle est la durée moyenne minimale de pansement quotidien pour justifier une prise en charge en HAD ? 15 min 30 min 45 min 60 min Ne sait pas

A quelle fréquence la réévaluation de la stratégie thérapeutique doit avoir lieu dans le cadre de la prise en charge du MP 09 ? > 1x/semaine 1x/semaine < 1x/semaine Ne sait pas

10/ Post-traitement chirurgical

Quels sont les intervenants de l'équipe soignante concernés dans la prise en charge des soins de plus de 30 minutes ? IDE Aide-soignant Auxiliaire de vie
 Autre : ... Ne sait pas Médecins

11/ Rééducation orthopédique

Quels sont les acteurs de rééducation rentrant dans le cadre de ce mode de prise en charge ?

Kinésithérapeute Ostéopathe Psychomotricien
 Ergothérapeute Prothésiste Podologue Ne sait pas

12/ Rééducation neurologique

Quels sont les acteurs de rééducation rentrant dans le cadre de ce mode de prise en charge ?

Kinésithérapeute Ostéopathe Orthophoniste
 Ergothérapeute Psychomotricien Orthoptiste Ne sait pas

13/ Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne-t-il tous les types de chimiothérapies ? Oui Non Ne sait pas

Quelle est la surveillance dans ce contexte ?

- Le temps de la chimiothérapie Après la chimiothérapie pendant 10 jours
 Entre deux cures de chimiothérapie Selon l'intensité des effets secondaires
 Après la chimiothérapie, pendant une durée déterminée selon la molécule Ne sait pas

14/ Soins de nursing lourd

Quels sont les intervenants de l'équipe soignante entrant dans ce temps minimal d'intervention ?

- Médecin Kiné Diététicienne Infirmière
 Auxiliaire de vie Psycho Assistante sociale Aide-soignante

Quelle est la fréquence minimum des soins nécessaires ?

- 1x/semaine 3x/semaine 5x/semaine ne sait pas
 1h/jour 2h/jour 3h/jour

15/ Education du patient et/ou de son entourage

Quelles situations peuvent être concernées ?

- Mise en place d'un traitement par insuline Ne sait pas
 Mise en place d'un traitement par AVK
 Mise en place d'un régime alimentaire pour une maladie chronique
 Apprentissage à l'utilisation de matériel médical /paramédical

L'éducation de l'entourage à l'évaluation de la douleur et utilisation de la pompe CADD de morphine rentre-t-elle dans ce cadre ? Oui Non Ne sait pas

Si oui, peut-on l'associer au MP 04 Soins palliatifs dans ce cadre ? Oui Non Ne sait pas

16/ Surveillance de radiothérapie

Quels effets secondaires s'agit-il ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Immédiates Retardées Locorégionales Générales Ne sait pas
 Nutritionnelles Cliniques Biologiques Psychologiques

17/ Transfusion sanguine

Quel(s) produit(s) sanguin(s) labile(s) cela concerne-t-il ?

- Globules rouges Plasma Plaquettes Ne sait pas

Une prise en charge ponctuelle seulement pour des transfusions occasionnelles est-elle possible ?

- Oui Non Ne sait pas

18/ Surveillance d'aplasie

Une aplasie fébrile peut-elle être prise en charge en HAD ? Oui Non Ne sait pas

→ Pourquoi ? (*réponse libre*)

L'antécédent d'aplasie avec une même chimiothérapie peut-elle justifier une HAD avec ce mode de prise en charge ? Oui Non Ne sait pas

19/ Prise en charge psychologique ou sociale

Le codage en MP 25 est licite :

- * En cas de proposition refusée par le patient (ou l'entourage) ? Oui Non Ne sait pas
- * Les jours d'intervention seulement ? Oui Non Ne sait pas
- * Le temps d'intervention (de la 1ère à la dernière consultation)? Oui Non Ne sait pas
- * Pendant toute la durée du séjour dès lors que la psychologue ou assistante sociale est intervenue au moins une fois ? Oui Non Ne sait pas

20/ Libéral exclusif ou HAD ?

Qu'est-ce qui différencie selon vous une prise en charge en HAD d'une prise en charge libérale exclusive?

- la coordination des soins
- le coût journalier
- la densité des soins
- le choix du patient
- la permanence des soins
- autre (*précisez*) : ...

21/ Pour aller plus loin ... Pour améliorer votre pratique courante, que manquerait-il dans les critères d'admission en HAD ? (*réponse libre*)

Merci d'avoir pris ces précieuses minutes pour répondre à notre questionnaire.

Marie-Amélie RIGOT-MULLER & Ophélie BADOUX

ANNEXE 6 :

Référentiel de réponses établi et utilisé pour le score de connaissance

❖ Assistance respiratoire

Quelle(s) situation(s) sont compatibles avec une prise en charge en HAD ?

| | | |
|-----------------------------------|-----|--|
| Aérosols | Oui | <i>(même seule, que associée =oui)</i> |
| Aspirations | Oui | <i>(même seule, que associée =oui)</i> |
| Assistance respiratoire mécanisée | Oui | <i>(même seule, que associée =oui)</i> |
| CPAP | Oui | <i>(même seule, que associée =oui)</i> |
| Kiné respiratoire | Oui | <i>(même seule, que associée =oui)</i> |
| Oxygénothérapie | Oui | <i>(même seule, que associée =oui)</i> |
| Trachéotomie | Oui | <i>(même seule, que associée =oui)</i> |

❖ Nutrition parentérale (NP) - Nutrition entérale (NE)

Dans quelle(s) condition(s) un patient rentre-t-il dans le cadre de l'HAD ?

| | |
|---|-----|
| Pas de condition nécessaire, toute NP/NE peut être prise en charge en HAD | Non |
| Avec une autre indication associée | Oui |
| Contexte de maladie chronique | Oui |
| Isolement social du patient | Oui |
| Mise en route de la nutrition parentérale | Oui |
| Autre(s) | Non |
| Ne sait pas | Non |

❖ Traitement intra-veineux

De quel(s) traitement(s) s'agit-il ?

| | |
|--|-----|
| Tout traitement IV dès lors que la fréquence des injections est suffisante | Oui |
| Tout traitement IV sans condition de fréquence nécessaire | Non |
| Médicament à prescription hospitalière sans condition de fréquence | Non |
| Médicament à usage hospitalier | Oui |
| Ne sait pas | Non |

❖ Soins palliatifs

Dans la législation, il est précisé qu'il s'agit de "soins coordonnés d'une particulière intensité".

Le fait d'associer au moins 2 soins (ex : kiné + psycho) correspond-il à la notion de soins coordonnés ?

Oui

Existe-t-il une durée d'intervention quotidienne minimale?

Oui

Quelle est la durée d'HAD dans ce cadre ?

| | |
|---|-----|
| Durée prévisible, révisable selon l'évolution | Oui |
| Jusqu'au décès, donc durée illimitée | Non |
| Ne sait pas | Non |

❖ Chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne la voie :

| | |
|-------------|-----|
| Parentérale | Oui |
| Cutanée | Oui |
| Orale | Oui |
| Ne sait pas | Non |

❖ Prise en charge de la douleur

Pour justifier une HAD, la fréquence d'administration de morphine doit être :

| | |
|--------------------------|-----|
| Quotidienne ? | Non |
| Pluriquotidienne ? | Non |
| Par pompe programmable ? | Oui |
| Ne sait pas | Non |

❖ Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

Quelle est la durée moyenne minimale de pansement quotidien justifiant une HAD ?

30 minutes

❖ Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse

Cela concerne-t-il tous les types de chimiothérapies ?

Oui

Quelle est la surveillance dans ce contexte ?

| | |
|---|-----|
| Le temps de la chimiothérapie | Non |
| Entre deux cures de chimiothérapie | Non |
| Après la chimiothérapie, pendant une durée déterminée selon la molécule | Oui |
| Après la chimiothérapie pendant 10 jours | Non |
| Selon l'intensité des effets secondaires | Oui |
| Ne sait pas | Non |

❖ Soins de nursing lourds

Quelle est la fréquence minimum des soins nécessaire ?

2h/jour

❖ Education du patient et/ou de son entourage

Quelle(s) situation(s) peuvent être concernée(s) par cette prise en charge ?

| | |
|--|-----|
| Mise en place d'un traitement par insuline | Oui |
| Mise en place d'un traitement par AVK | Non |
| Mise en place d'un régime alimentaire pour une maladie chronique | Oui |
| Apprentissage à l'utilisation de matériel médical /paramédical | Oui |
| Situations complexes | Oui |
| Ne sait pas | Non |

❖ Surveillance de radiothérapie

Quelle(s) effet(s) secondaire(s) surveille-t-on dans cette indication ?

| | |
|----------------|-----|
| Immédiats | Oui |
| Retardés | Oui |
| Locorégionaux | Oui |
| Généraux | Oui |
| Nutritionnels | Oui |
| Cliniques | Oui |
| Biologiques | Oui |
| Psychologiques | Non |
| Ne sait pas | Non |

❖ Transfusion sanguine

Quel(s) produit(s) sanguin(s) labile(s) cela concerne-t-il ?

| | |
|-----------------|-----|
| Globules rouges | Oui |
| Plasma | Oui |
| Plaquettes | Oui |
| Ne sait pas | Non |

❖ Surveillance d'aplasie

Une aplasie fébrile peut-elle être prise en charge en HAD ?

Oui

ANNEXE 7 :

Référentiel de soins palliatifs

Annexe 3. Outil d'identification des patients pouvant relever de soins palliatifs, de soutien et de support : SPICT-FR TM1

TM
Le SPICT-FR est un outil pour identifier les personnes dont l'état de santé risque de s'aggraver, ou risquant de décéder. Évaluez leurs besoins en termes de soins palliatifs et de support.

Cherchez au moins deux indicateurs généraux de l'aggravation de l'état de santé

- *Performance Status* médiocre ou en voie de détérioration (la personne reste au lit ou au fauteuil plus de 50 % du temps de veille), avec réversibilité limitée.
- Dépend d'autrui pour la plupart des besoins en matière de soins, en raison de problèmes de santé physique et/ou mentale.
- Au moins deux hospitalisations non programmées au cours des 6 derniers mois.
- Perte de poids importante (5-10 %) au cours des 3-6 derniers mois, et/ou faible indice de masse corporelle.
- Symptômes persistants et gênants malgré le traitement optimal des pathologies sous-jacentes.
- Le patient demande des soins palliatifs et de support, ou il demande l'arrêt d'un traitement.

Cherchez des indicateurs cliniques d'une ou plusieurs pathologies avancées

Cancer

L'état fonctionnel se détériore du fait d'un cancer métastatique progressif.
Trop fragile pour un traitement oncologique ; l'objectif de traitement est le contrôle des symptômes.

Démence/fragilité

Incapacité à s'habiller, marcher ou manger sans aide.
La personne mange moins et boit moins ; difficultés à avaler.
Incontinence urinaire et fécale.
N'est plus capable de communiquer en utilisant un langage verbal ; peu d'interactions sociales.
Fracture du fémur ; chutes multiples.
Épisodes fébriles récurrents ou infections ; pneumopathie d'inhalation.

Maladie neurologique

Détérioration progressive des fonctions physiques et/ou cognitives malgré une thérapie optimale.
Problèmes d'élocution et difficultés progressives pour communiquer et/ou avaler.
Pneumopathie d'inhalation récurrente ; dyspnée ou insuffisance respiratoire.

Maladie cardiaque/vasculaire

Insuffisance cardiaque classe NYHA III/IV, ou maladie coronarienne étendue et non traitable avec dyspnée ou douleur thoracique survenant au repos, ou pour un effort minime.
Maladie vasculaire périphérique grave et inopérable.

Maladie respiratoire

Insuffisance respiratoire chronique sévère avec dyspnée au repos ou pour un effort minime entre des décompensations aiguës.
Nécessite une oxygénothérapie au long cours.
A eu besoin de ventilation pour une insuffisance respiratoire, ou la ventilation est contre-indiquée.

Maladie rénale

Insuffisance rénale chronique au stade 4 ou 5 (DFG < 30 ml/min) et détérioration de la santé.
Insuffisance rénale compliquant d'autres pathologies limitant l'espérance de vie, ou compliquant certains traitements.
Arrêt de dialyse.

Maladie du foie

Cirrhose avancée avec au moins une complication au cours de l'année passée :
• ascite résistante aux diurétiques
• encéphalopathie hépatique
• syndrome hépato-rénal
• péritonite bactérienne
• hémorragies récurrentes de varices œsophagiennes
Transplantation hépatique contre-indiquée

Envisagez les soins palliatifs et de support ; discutez de la planification des soins

- Passer en revue les traitements actuels pour que le patient reçoive des soins optimaux.
- Envisager une consultation spécialisée si les symptômes ou les besoins sont complexes et difficiles à gérer.
- Se mettre d'accord sur les objectifs et la planification des soins actuels et futurs avec le patient et sa famille.
- Planifier en avance si le patient présente des risques de perte de sa capacité décisionnelle.
- Consigner, communiquer et coordonner le plan de soins.

¹ www.spiet.org.uk/the-spiet/frict.fr

Note méthodologique et de synthèse documentaire -- Comment améliorer la somme de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes devant de soins palliatifs ? - 1 09

**HOSPITALISATION A DOMICILE : REGARDS CROISES SUR LES INDICATIONS.
PROPOSITION D'UNE GRILLE D'AIDE A L'ORIENTATION DES PATIENTS EN HAD
A DESTINATION DES PRESCRIPTEURS.**

RESUME

L'hospitalisation à domicile, à la frontière entre les secteurs hospitalier et libéral, voit son développement s'accroître dans ce contexte actuel de virage ambulatoire de la médecine. Répondant au souhait des patients d'être pris en charge à domicile dès que cela est possible, l'enjeu est de faire de l'HAD une offre de soins pleinement intégrée dans le parcours de soins. Afin de renforcer la pertinence du recours à l'HAD, il est nécessaire de faire tomber les freins, en élaborant des référentiels sur lesquels les médecins pourront s'appuyer.

Les référentiels actuels sont sources de confusion, et non adaptés aux prescripteurs, ni même aux médecins coordonnateurs HAD. Il semble donc exister un manque de précision pour une orientation optimale du patient.

Cette enquête transversale de pratique a permis de croiser les regards de 1051 médecins généralistes libéraux et médecins hospitaliers de Drôme-Ardèche avec les 48 médecins coordonnateurs HAD de la région Rhône-Alpes, sur leur évaluation de la précision des indications d'HAD et leurs connaissances sur les modes de prise en charge référencés, hormis la périnatalité et la psychiatrie.

Plus de 50% des 312 répondants prônent des indications plutôt précises. Ce qui contraste avec le score de connaissance observé, statistiquement plus faible chez les prescripteurs que les médecins HAD, restant néanmoins en dessous de la moyenne. Le niveau de précision déclaré était également corrélé au score obtenu.

Afin de pallier à ce manque de référentiel précis, nous avons proposé une grille d'aide à l'orientation des patients en HAD, à destination des médecins prescripteurs. Il sera intéressant d'évaluer dans quelques temps son impact sur l'évolution des pratiques et d'apporter des modifications après la publication de référentiels en cours d'élaboration par la Haute Autorité de Santé.

MOTS CLES Hospitalisation à domicile – Indications – Soins palliatifs – Système de soins

JURY

Président : Monsieur le Professeur MOREAU Alain
Membres : Madame le Professeur RAY-COQUARD Isabelle
Monsieur le Professeur TAZAROURTE Karim
Monsieur le Professeur Associé FARGE Thierry
Madame le Docteur TARPIN-LYONNET Florence, directrice de thèse

DATE DE SOUTENANCE

15 décembre 2016

AUTEURS

BADOUX Ophélie
73 Rue de Thibert 26000 VALENCE
ophelie.badoux@gmail.com

RIGOT-MULLER Marie-Amélie
7 Rue des Moulins 26000 VALENCE
amelie.rigotmuller@gmail.com