Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

ANNEE 2020

N°

ETUDE DESCRIPTIVE DES CRITERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, MEDICAUX ET DES MOTIFS D'ADMISSION DES PATIENTS BENEFICIANT D'UNE HOSPITALISATION A DOMICILE SUITE A UNE PRESCRIPTION D'UN MEDECIN GENERALISTE LIBERAL DANS TROIS ETABLISSEMENTS DE BOURGOGNE

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 04 juin 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Monsieur CADOUX Clément

Né le 8 mars 1991

à Saint Martin d'Hères (38)

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

ANNEE 2020

N°

ETUDE DESCRIPTIVE DES CRITERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, MEDICAUX ET DES MOTIFS D'ADMISSION DES PATIENTS BENEFICIANT D'UNE HOSPITALISATION A DOMICILE SUITE A UNE PRESCRIPTION D'UN MEDECIN GENERALISTE LIBERAL DANS TROIS ETABLISSEMENTS DE BOURGOGNE

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 04 juin 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Monsieur CADOUX Clément

Né le 8 mars 1991

à Saint Martin d'Hères (38)

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

Année Universitaire 2019-2020
au **1er Novembre 2019**

Doyen : **M. Marc MAYNADIÉ**
Assesseurs : M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	**AUDIA**	Médecine interne
M.	Marc	**BARDOU**	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	**BASTIE**	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	**BAULOT**	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	**BEJOT**	Neurologie
Mme	Christine	**BINQUET**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	**BONNIAUD**	Pneumologie
M.	Alain	**BONNIN**	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	**BONNOTTE**	Immunologie
M.	Olivier	**BOUCHOT**	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	**BOUHEMAD**	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	**BOZORG-GRAYELI**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	**BRON**	Ophtalmologie
M.	Laurent	**BRONDEL**	Physiologie
Mme	Mary	**CALLANAN**	Hématologie type biologique
M.	Patrick	**CALLIER**	Génétique
Mme	Catherine	**CHAMARD-NEUWIRTH**	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	**CHARLES**	Réanimation
M.	Jean-Christophe	**CHAUVET-GELINIER**	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	**CHEYNEL**	Anatomie
M.	Alexandre	**COCHET**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	**CORMIER**	Urologie
M.	Yves	**COTTIN**	Cardiologie
M.	Charles	**COUTANT**	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	**CREHANGE**	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	**CREUZOT-GARCHER**	Ophtalmologie
M.	Frédéric	**DALLE**	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	**DE ROUGEMONT**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	**DEVILLIERS**	Médecine interne
M.	Serge	**DOUVIER**	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	**DUVILLARD**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	**FACY**	Chirurgie générale
Mme	Laurence	**FAIVRE-OLIVIER**	Génétique médicale
Mme	Patricia	**FAUQUE**	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	**FRANCOIS-PURSSELL**	Médecine légale et droit de la santé
M.	François	**GHIRINGHELLI**	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	**GUINOT**	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	**HUET**	Pédiatrie
M.	Pierre	**JOUANNY**	Gériatrie
M.	Sylvain	**LADOIRE**	Histologie
M.	Gabriel	**LAURENT**	Cardiologie
M.	Côme	**LEPAGE**	Hépato-gastroentérologie
M.	Romaric	**LOFFROY**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	**LORGIS**	Cardiologie

M.	Jean-Francis	**MAILLEFERT**	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	**MANCKOUNDIA**	Gériatrie
M.	Sylvain	**MANFREDI**	Hépato-gastroentérologie
M.	Laurent	**MARTIN**	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	**MASSON**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	**MAYNADIÉ**	Hématologie – transfusion
M.	Marco	**MIDULLA**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	**MOREAU**	Neurologie
M.	Klaus Luc	**MOURIER**	Neurochirurgie
Mme	Christiane	**MOUSSON**	Néphrologie
M.	Paul	**ORNETTI**	Rhumatologie
M.	Pablo	**ORTEGA-DEBALLON**	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	**PAGES**	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	**PETIT**	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	**PHILIPPE**	Génétique
M.	Lionel	**PIROTH**	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	**QUANTIN**	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	**QUENOT**	Réanimation
M.	Patrick	**RAY**	Médecine d'urgence
M.	Patrick	**RAT**	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	**REBIBOU**	Néphrologie
M.	Frédéric	**RICOLFI**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	**SAGOT**	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	**SAMSON**	Médecine interne
M.	Emmanuel	**SAPIN**	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	**SIMON**	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	**STEINMETZ**	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	**THAUVIN**	Génétique
M.	Benoit	**TROJAK**	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	**VABRES**	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	**VERGÈS**	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	**ZWETYENGA**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	**BERNARD** (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Bernard	**BONIN** (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Psychiatrie d'adultes
M.	Jean-Marie	**CASILLAS-GIL** (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Pascal	**CHAVANET** (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	**ALBERINI**	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	**AMOUREUX BOYER**	Bactériologie
Mme	Shaliha	**BECHOUA**	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	**BLOT**	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	**BOUILLET**	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	**BRINDISI**	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	**CHRETIEN**	Hématologie
Mme	Vanessa	**COTTET**	Nutrition
M.	Damien	**DENIMAL**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	**GAMBERT-NICOT**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	**GEORGES**	Pneumologie
Mme	Françoise	**GOIRAND**	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	**GUENANCIA**	Physiologie
Mme	Agnès	**JACQUIN**	Physiologie
M.	Alain	**LALANDE**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	**LEGRAND**	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	**LEMAIRE-EWING**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	**MARTZ**	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	**PUTOT**	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	**WALKER**	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	**BEDENNE**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	**BESANCENOT**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	**BRUNOTTE**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Philippe	**CAMUS**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	**CUISENIER**	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	**DIDIER**	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	**DUMAS-MARION**	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	**GIRARD**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	**GIROUD**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Patrick	**HILLON**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	**MARTIN**	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	**SMOLIK**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	**TROUILLOUD**	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	**BEIS**	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	**MAZALOVIC**	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	**CANNET**	Médecine Générale
M.	François	**MORLON**	Médecine Générale

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	**CHARRA**	Médecine Générale
Mme	Anne	**COMBERNOUX -WALDNER**	Médecine Générale
M.	Benoit	**DAUTRICHE**	Médecine Générale
M.	Alexandre	**DELESVAUX**	Médecine Générale
M.	Rémi	**DURAND**	Médecine Générale
M.	Arnaud	**GOUGET**	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	**BERNARD**	Anglais
M.	Didier	**CARNET**	Anglais
Mme	Catherine	**LEJEUNE**	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	**JEGO**	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	**ZELLER**	Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	**EVRARD**	Anglais
Mme	Lucie	**MAILLARD**	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	**CARNET**	Anglais
M.	Philippe	**DE LA GRANGE**	Anglais
Mme	Virginie	**ROUXEL**	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	**BOULIN**	Pharmacie clinique
M.	François	**GIRODON**	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	**KOHLI**	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	**FAGNONI**	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	**LIRUSSI**	Toxicologie
M.	Marc	**SAUTOUR**	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	**SCHMITT**	Pharmacologie

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres :

Monsieur le Professeur Patrick MANCKOUNDIA

Monsieur le Professeur François MORLON

Madame le Docteur Anne COMBERNOUX-WALDNER
(Directrice de thèse)

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur BEIS :

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de mon plus grand respect.

Au membre du jury, Monsieur le Professeur MANCKOUNDIA :

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury et de juger ce travail avec votre vision axée sur la gériatrie. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

Au membre du jury, Monsieur le Professeur MORLON :

Vous avez accepté de faire partie de ce jury dès les premières étapes de l'élaboration de ce travail, avec une grande gentillesse. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Anne COMBERNOUX-WALDNER :

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse pour m'aiguiller dans ce travail. Merci de tes conseils, de tes relectures, de tes suggestions, de ta patience et de ta grande disponibilité. Tout cela m'a permis de présenter ce travail.

Sois assurée de ma plus grande estime et de mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Michael TAROUX :

Tuteur à la faculté, tu m'as permis d'évoluer au cours de mon internat. Tu as été d'une grande aide au tout début de ma thèse en m'orientant sur ce thème de l'hospitalisation à domicile.

Sois assuré de ma plus grande considération et mes remerciements les plus appuyés.

Aux responsables et secrétaires des établissements d'HAD participants : vous m'avez donné l'autorisation de réaliser mon étude et aider dans l'accès aux données.

Aux Docteur Didier CHASSERY, Docteur Stéphanie GRASSI et Docteur Nathalie BANCET, qui ont été mes maitres de stage de niveau 1 en médecine générale. Merci à vous d'avoir conforté mon choix en médecine générale, fait découvrir les différentes perspectives et la diversité de cette spécialité.

Aux médecins généralistes composant mon stage d'autonomie en médecine générale :

- **Merci au Docteur Sylvestre LUCIANI** : tu es un exemple d'empathie, de gentillesse et de professionnalisme envers tes patients. Tu as grandement participé à mon évolution au cours de ce stage. Je te remercie sincèrement de ton engagement dans ma formation, de ton soutien et de ta confiance.

- **Merci au Docteur Muriel TRAVERSA** : ton organisation de travail et ta pratique professionnelle m'ont beaucoup apporté. Je te remercie encore du temps pris en fin de journée pour refaire le point sur certains thèmes, la formation des « petits gestes » que tu affectionnes tant. Merci pour ton franc parlé avec les mots justes et de ton aide.

- **Merci au Docteur Bernard SPORTES** : tu m'as fait découvrir les différentes possibilités d'exercice de la médecine générale, avec toute ton expérience.

- **Merci au Docteur Dominique SABATIER** : j'ai été ton dernier interne et j'ai pu profiter de tes conseils pleins d'expérience avant ton départ à la retraite. Je n'oublie pas que tu as été le premier à « me lancer » dans les remplacements.

Aux différents médecins rencontrés à la maison santé de Cluny, d'Azé et de Couchey.

Aux médecins urgentistes du CHU de DIJON, tout particulièrement aux assistants. Merci de votre aide, patience, présence et ce souci d'entraide.

Aux médecins du service de pédiatrie du CH de Chalon-Sur-Saône. Merci de votre disponibilité, formation et gentillesse.

Aux médecins du service de médecine I du CH d'Autun.

Aux médecins du service de pneumologie du CH de Montceau-Les-Mines.

Aux différents co-internes que j'ai pu rencontrer : **Tifenn, Nava, Marjorie, Quentin, Thibaud** et tous les autres. Je vous souhaite le meilleur.

Une pensée singulière à mes parents, qui m'ont toujours encouragé dans ce projet professionnel au long cours, rassuré parfois. Merci de votre soutien.

A Jean-Pierre, en présentant cette thèse de médecine générale, tu y es probablement pour beaucoup. J'espère faire une carrière aussi complète que toi, tout en respectant tes conseils.

A toute ma famille (tantes, oncles, cousins et cousines …), vous m'avez soutenu et pris des nouvelles tout au long de ces années. J'en suis très reconnaissant.

Une pensée particulière aux personnes parties, vous avez toujours suivi ma progression dès ma première année.

Merci à Bastien, François : mes d'amis d'enfance les plus fidèles. Malgré la distance vous êtes toujours à mes côtés, vous m'avez toujours supporté et permis de décompresser dans la bonne humeur.

A toutes les personnes et amis que j'ai rencontrés et qui m'ont permis d'avancer.

TABLE DES MATIERES :

TABLE DES FIGURES : 12
TABLE DES TABLEAUX : 12
TABLE DES GRAPHIQUES : 12
LISTE DES ABREVIATIONS : 13

I. INTRODUCTION : 14
II. MATERIEL ET METHODE : 16
A) Design de l'étude : 16
B) Population d'étude : 16
1. Critères d'inclusion : 16
2. Critères d'exclusion : 16
C) Recueil des données : 16
1. Caractéristiques socio-démographiques des patients : 17
2. Caractéristiques médicales des patients : 17
D) Analyse des données : 18
E) Les aspects éthiques et réglementaires : 18

III. RESULTATS : 19
A) Critères socio-démographiques : 19
B) Critères médicaux d'admission : 21
1. Indice de Karnofsky : 21
2. Durée d'hospitalisation : 21
3. Le devenir post-HAD : 22
C) Motifs primaires de prise en charge : 23
D) Evolution des critères de prescriptions : 24
1. Evolution du taux des admissions en HAD : 24
2. Evolution des prescriptions en fonction de l'âge des patients admis en HAD : 26
3. Evolution du lieu de vie et des situations géographiques du domicile : 26
4. Evolution de l'indice de Karnofsky : 28
5. Evolution des motifs de prise en charge : 28

IV. DISCUSSION : 31
A) Analyse de la méthodologie de l'étude : 31
1. Points forts : 31
2. Points faibles : 31
B) Analyse des résultats : 32
1. Caractéristiques socio-démographiques et leurs évolutions : 32
2. Caractéristiques médicales et leurs évolutions : 35
3. Motifs d'admission et leurs évolutions : 37
C) Perspectives : 39
V. CONCLUSION : 41
VI. BIBLIOGRAPHIE : 42
VII. ANNEXES : 46

TABLE DES FIGURES :

- Figure 1 : Diagramme de flux des patients. p.19
- Figure 2 : Pyramide des âges. p.21

TABLE DES TABLEAUX :

- Tableau n°1 : Critères socio-démographiques des patients. p.20
- Tableau n°2 : Critères médicaux des patients. p.22
- Tableau n°3 : Répartition des motifs primaires de prise en charge en HAD. p.23
- Tableau n°4 : Détail des pathologies prises en charge sous le motif « soins palliatifs ». p.24

TABLE DES GRAPHIQUES :

- Graphique 1 : Evolution du nombre et du taux des patients admis en HAD entre 2014 et 2018. p.25
- Graphique 2 : Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian des patients admis en HAD entre 2014 et 2018. p.26
- Graphique 3 : Evolution de la répartition des lieux de vie des patients admis en HAD entre 2014 et 2018. p.27
- Graphique 4 : Evolution de la situation géographique du domicile des patients admis en HAD entre 2014 et 2018. p.27
- Graphique 5 : Evolution de l'indice de Karnofsky des patients admis en HAD entre 2014 et 2018. p.28
- Graphique 6 : Evolution des trois principaux motifs de prise en charge en HAD entre 2014 et 2018. p.29
- Graphique 7 : Evolution du type de pathologies pris en charge sous le motif « soins palliatifs » entre 2014 et 2018. p.30

LISTE DES ABREVIATIONS :

ADOP-HAD : Aide à la Décision d'Orientation des Patients en Hospitalisation A Domicile.

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissement d'Hospitalisation A Domicile.

CH : Centre Hospitalier.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

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

HAD : Hospitalisation A Domicile.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IDEL : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Libéral(e).

IK : Indice de Karnofsky.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote.

MPC : Mode de Prise en Charge.

SP : Soins Palliatifs.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile.

I. INTRODUCTION :

L'hospitalisation à domicile se définit comme une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle des soins médicaux et paramédicaux complexes, techniques et fréquents nécessitant une continuité et une coordination de prise en charge sont effectués au domicile du patient (1).

Ce dispositif national apporte de nouvelles perspectives de soins répondant aux évolutions démographiques de la population et son vieillissement, à la volonté des patients d'être soignés à leur domicile, à l'augmentation des patients souffrant de pathologies chroniques et aux enjeux économiques.

En 2017, une étude a montré que 69% des français pensent que le système de santé va évoluer avec le développement des prises en charge ambulatoires et des soins réalisés au domicile du patient. 87% des français ont exprimés le souhait à leur médecin généraliste d'être soignés à domicile et 82% le souhait de décéder à leur domicile (2).

Pour répondre à ces évolutions et ces attentes, les pouvoirs publics ont exposé une volonté de doublement de la part d'activité de l'HAD atteignant 1.2% des hospitalisations totales. Cela représente 30-35 patients pris en charge en HAD par jour pour 100 000 habitants (3).

En 2018, le dispositif national d'HAD était composé de 288 établissements ayant répondus aux besoins de 122 000 patients (4), dont 3600 patients en région Bourgogne-Franche-Comté axé autour de 15 établissements (5). Malgré cette dynamique de développement prônée par les autorités, l'HAD ne représentait que 0.95% des hospitalisations totales.

Initialement la prescription était réservée aux médecins hospitaliers avec depuis 1992 une évolution progressive vers une autorisation de prescription par les médecins de ville (6) (7) dont les médecins généralistes libéraux.

En 2018 la prescription initiale de séjours en HAD émanait toujours en grande partie de praticiens hospitaliers. 68% des séjours en HAD faisaient suite à une hospitalisation conventionnelle contre 32% des séjours avec une prise en charge directe au domicile (4). Et parmi ceux-ci certains étaient prescris par un médecin hospitalier.

Or dans ce dispositif, le médecin généraliste possède un rôle qualifié de « pivot » en termes d'élaboration du projet thérapeutique, de suivi des patients mais aussi de prescription initiale de l'HAD.

Malgré une proportion encore réduite de prescription initiale par les médecins généralistes libéraux, ceux-ci ont bien conscience des indications d'admission et des enjeux socio-démographiques de ce type de prise en charge pour leurs patients (8).

A notre connaissance peu d'études ont évalué, pour quels patients le médecin généraliste libéral prescrit-il une hospitalisation en HAD ? (9)

L’objectif principal de ce travail est d’étudier les critères socio-démographiques, médicaux et les motifs de prises en charge ayant conduit à une prescription initiale d’HAD par les médecins généralistes libéraux sur une période de cinq ans, au sein de trois centres d’HAD localisés en Côte d’Or et Saône et Loire. L’objectif secondaire est d’observer les évolutions des prescriptions sur cette période.

II. MATERIEL ET METHODE :

A) Design de l'étude :

Il s'agit d'une étude multicentrique observationnelle de type descriptive, rétrospective, réalisée au sein de trois services d'HAD de Bourgogne, avec l'inclusion de patients admis en HAD suite à une prescription initiale d'un médecin généraliste libéral, entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2018.

Les services d'hospitalisation à domicile où les recueils de données ont été réalisés sont les suivants :

- Le service d'HAD du centre hospitalier de Macon (Saône et Loire).
- Le service d'HAD de la clinique Bénigne Joly de Talant (Côte d'Or).
- Le service d'HAD du centre hospitalier de Beaune (Côte d'Or).

B) Population d'étude :

1. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Prescription d'admission en HAD rédigée par un médecin généraliste libéral.
- Prescription d'admission en HAD acceptée par l'équipe pluridisciplinaire du service d'HAD sollicité.
- Prescription d'admission et séjours des patients réalisés dans les trois services d'HAD participant à l'étude sur la période fixée du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018.

2. Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Prescription d'admission en HAD émanant d'un médecin libéral qui n'était pas un médecin généraliste, d'un praticien hospitalier ou d'un service hospitalier.
- Prescription d'admission en HAD refusée par le service d'HAD.
- Dossiers incomplets ne permettant pas le recueil des données.

C) Recueil des données :

Le recueil de données a été réalisé à partir des dossiers médicaux des patients dans les services d'HAD participants. Ce recueil a eu lieu au sein même des services en s'assurant de l'anonymisation des données.

Les données ont été recueillies après la confection d'une grille de saisie sous la forme d'un tableur Excel®.

1. Caractéristiques socio-démographiques des patients :

Pour évaluer les caractéristiques socio-démographiques, les éléments suivants ont été recueillis et classés :

- Le sexe des patients : masculin ou féminin.
- L'âge des patients en années lors de l'admission en HAD. Un classement secondaire a été effectué selon une tranche d'âge : âge < 60 ans ou âge ≥ 60 ans.
- Le lieu de vie des patients : domicile personnel / EHPAD / foyer logement.
- La commune de résidence. Une analyse secondaire a permis de définir la situation géographique du lieu de vie du patient selon une situation rurale ou urbaine à l'aide de la classification des communes françaises en fonction de leur caractère rural ou urbain proposée par l'INSEE (10).
- Pour le patient vivant à son domicile personnel, une étude des aides présentes a été faite selon le classement suivant : patient seul / Présence d'aides familiales / Présence d'aides extérieures.
- En cas de patient vivant à son domicile personnel et bénéficiant d'aides extérieures, un complément d'information a été recueilli en fonction du type d'aide : IDEL / Aides ménagères / Association IDEL et aides ménagères / Présence d'un SSIAD.

2. Caractéristiques médicales des patients :

En ce qui concerne les données médicales des patients, les informations suivantes ont été collectées :

- Le motif principal, secondaire et parfois tertiaire pour lequel le patient a bénéficié d'une prise en charge en HAD. La liste complète des modes de prise en HAD est détaillée dans l'annexe I.
  Secondairement un classement a été fait selon une prise en charge avec mono ou poly motifs de prise en charge.

- L'indice de Karnofksy répertorié par les équipes pluridisciplinaires des services d'HAD durant le séjour du patient, permettant une évaluation standardisée du degré d'autonomie et de dépendance du patient. Une classification secondaire a été effectuée en fonction que le patient présentait un IK ≤ 30% ou un IK > 30% ou dans le cas où l'IK n'était pas renseigné.
  Une grille de l'indice de Karnofsky est détaillée en annexe II.

- La durée de séjour en HAD en jours, permettant de connaitre la durée moyenne d'hospitalisation.

- Le devenir du patient : l'objectif était de répertorier les trajectoires des patients suite à un séjour en HAD. Cette trajectoire a été classée selon trois issues : Patient restant au domicile / Patient décédant au domicile / Patient nécessitant une hospitalisation conventionnelle avec hébergement en établissement.

D) Analyse des données :

La saisie, le classement et l'exploitation des données ont été réalisés à l'aide d'un tableur Excel® à plusieurs entrées, de manière anonyme.

Les calculs de pourcentage, moyenne, médiane, écart type, interquartile et la confection des graphiques ont été exécutés à l'aide des fonctionnalités du logiciel Excel®.

E) Les aspects éthiques et réglementaires :

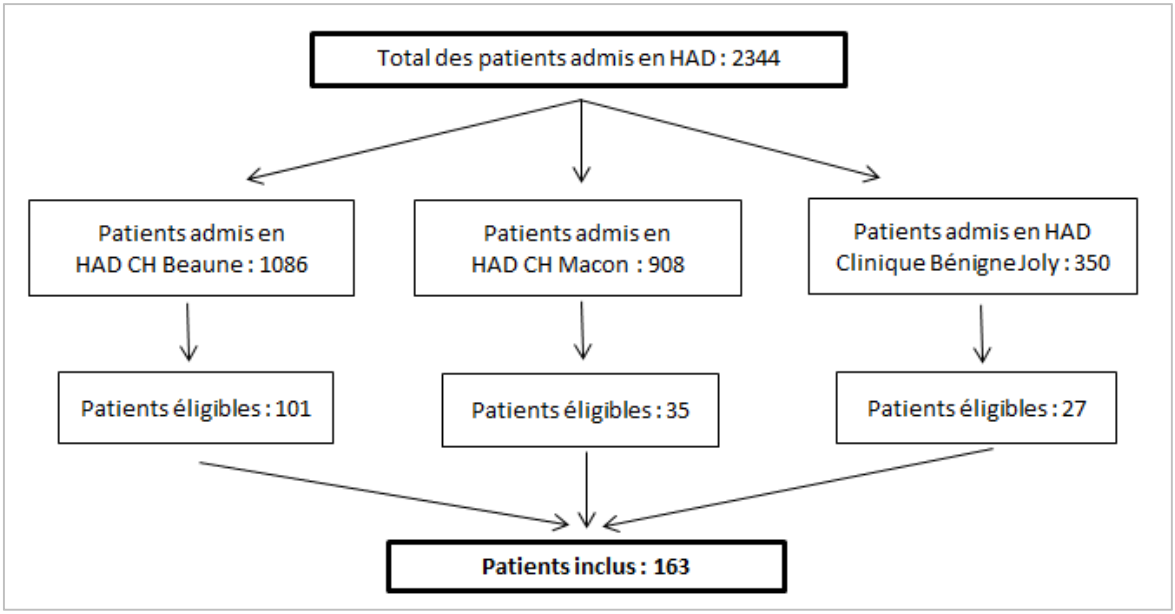
Avant de réaliser le recueil des données, un engagement de conformité à une méthodologie de référence MR-4 (11) (12) a été demandé auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et obtenu sous le numéro 2213570v0 en date du 18 mai 2019.

Dans chaque centre, une demande d'autorisation d'étude et de recueil de données a été formulée auprès des responsables du service et des responsables du département d'information médicale.

Une anonymisation des données a été respectée.

III. RESULTATS :

Figure 1 : Diagramme de flux des patients :



L'analyse des dossiers a permis d'inclure cent soixante-trois patients ayant bénéficiés d'un séjour en HAD suite à une prescription initiale d'un médecin généraliste libéral.

En termes de répartition des patients selon les différents services d'HAD : 101 patients (62%) ont été pris en charge par le service d'HAD du centre hospitalier de Beaune, 35 patients (21%) par le service d'HAD du centre hospitalier de Macon et 27 patients (17%) par le service d'HAD de la Clinique Bénigne Joly de Talant.

Sur l'ensemble des patients admis en HAD durant la période d'étude, 7.0% des admissions faisaient suite à une prescription d'un médecin généraliste libéral.

A) Critères socio-démographiques :

La majorité des patients pris en charge en HAD suite à une prescription d'un médecin généraliste libéral étaient des femmes (87 patientes soit 53.4%). L'âge médian à l'admission était de 85 ans.

L'âge moyen à l'admission était de 80 ans +/- 14.8 ans.

88.3% des patients (144 patients) étaient âgés d'au moins 60 ans. Les âges extrêmes de prise en charge s'étendaient de 41 ans pour l'âge minimal à 101 ans pour l'âge maximal.

Une pyramide des âges (figure 2) représente la répartition des âges des patients de notre échantillon en fonction du sexe.

En ce qui concerne le lieu d'intervention de l'HAD, plus de la moitié des patients étaient hospitalisés à leur domicile personnel (89 patients soit 54.6%). 66 patients (40.5%) résidaient en EHPAD.

100% des patients hospitalisés à leur domicile personnel possédaient une aide, familiale ou extérieure. 76 patients (85.4%) recevaient une aide extérieure.

L'aide extérieure se répartissait de la manière suivante : 39 patients (51.3%) percevaient cette aide sous la forme d'un passage par une infirmière libérale. En plus de l'IDEL, 15 patients avaient une aide-ménagère. 19 patients (25.0%) étaient inclus dans une prise en charge par un SSIAD.

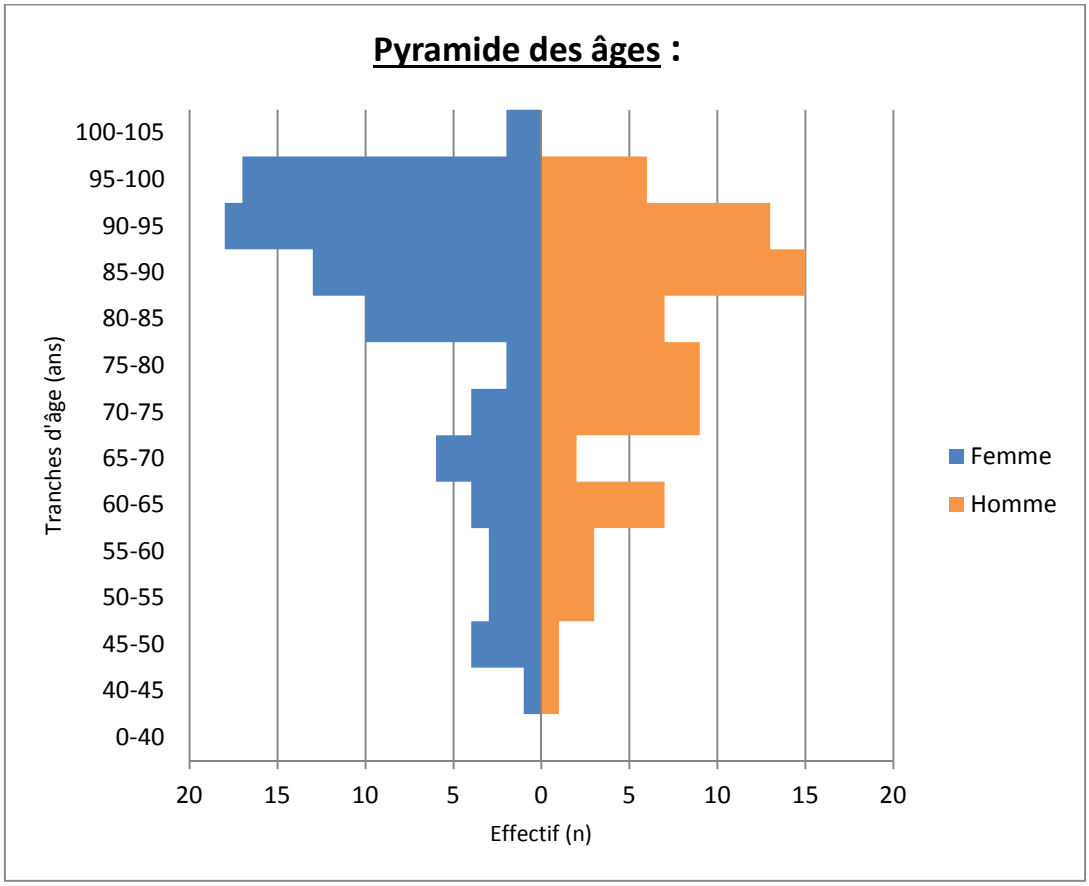
Une nette proportion des patients habitaient dans une zone géographique définie comme urbaine (112 patients soit 68.7%).

L'ensemble des critères socio-démographiques de notre échantillon sont présentés dans le tableau n°1

Tableau n°1 - Critères socio-démographiques des patients :

N = 163	Nombre	(%)
Sexe des patients :		
- Sexe Masculin	76	(46,6)
- Sexe Féminin	87	(53,4)
Age à l'admission (ans) :		
- Age Médian	85 [70 - 93]	
- Age Moyen	80 +/- 14,8	
- Age ≥ 60 ans	144	(88,3)
- Age < 60 ans	19	(11,7)
Lieu de vie :		
- Domicile personnel	89	(54,6)
- EHPAD	66	(40,5)
- Foyer logement	8	(4,9)
Aides au domicile personnel :	89	(100)
- Aides Familiales	13	(14,6)
- Aides Extérieures	76	(85,4)
* IDEL	39	(51,3)
* IDEL + Aides ménagères	15	(19,7)
* SSIAD	19	(25,0)
* Aides ménagères	3	(3,9)
Situation géographique du domicile		
- Situation urbaine	112	(68,7)
- Situation rurale	51	(31,3)

Figure 2 : Pyramide des âges :



B) Critères médicaux d'admission :

94 médecins généralistes libéraux différents étaient à l'origine des 163 prescriptions d'admission d'HAD. Parmi eux 26 praticiens avaient eu recours à plusieurs reprises à une prescription d'HAD sur la période de 5 ans, ce qui représentait 95 prescriptions d'admission sur les 163 (58.3 %).

Sur le plan de la situation géographique des lieux d'exercice, 64 médecins (68.1%) possédaient un cabinet médical implanté dans une commune définie comme urbaine.

1. Indice de Karnofsky :

L'indice de Karnofsky (IK) médian à l'admission était de 30%. L'IK moyen était de 29% +/- 15%. 111 patients (68.1%) présentaient un IK à l'admission ≤ 30%.

2. Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation était de 18.6 +/- 26.5 jours, avec des extrêmes de prise en charge allant de 1 jour à 147 jours. La durée médiane de séjours était de 9 jours.

3. Le devenir post-HAD :

46 patients (soit 28.2%) bénéficiaient de l'ensemble des soins avec une sortie d'HAD à leur domicile. 31 patients nécessitaient une hospitalisation secondaire conventionnelle avec hébergement.

86 patients (soit 52.8%) décédaient à leur domicile. Pour une grande majorité, ces patients bénéficiaient d'une HAD dans le cadre de soins palliatifs.

Dans notre échantillon d'étude, 132 patients (soit 81.0%) bénéficiaient d'une prise en charge entièrement à domicile (patients restant à domicile et patients décédant à domicile lors du séjour). Par conséquent une part importante de patients évitait une prise en charge en établissement de santé avec hébergement.

L'ensemble des critères médicaux des patients sont résumés dans le tableau n°2.

Tableau n°2 – Critères médicaux des patients :

N = 163	Nombre	(%)
Nombre de médecins généralistes prescripteurs :	94	
- Médecins avec une seule prescription d'admission	68	(72,3)
- Médecins avec plus d'une prescription d'admission	26	(27,7)
- Demandes d'admission des médecins à plusieurs prescriptions	95	(58,3)
Situation géographique des prescripteurs :		
- Cabinet médical en zone urbaine	64	(68,1)
- Cabinet médical en zone rurale	30	(31,9)
Indice de Karnofsky à l'admission :		
- IK Moyen	29% +/- 15%	
- IK Médian	30% [20 - 40]	
- IK ≤ 30%	111	(68,1)
- IK > 30%	47	(28,8)
- IK non renseigné	5	(3,1)
Durée de séjour en HAD (jours) :		
- Durée moyenne de séjour	18,6 +/- 26,5	
- Durée médiane de séjour	9 [3 - 21,5]	
Trajectoire Post HAD :		
- Patients restant à domicile	46	(28,2)
- Hospitalisation secondaire conventionnelle	31	(19,0)
- Patients décédés à domicile	86	(52,8)

C) Motifs primaires de prise en charge :

Le motif principal de prise en charge en HAD était pour 105 patients (soit 64.4%) des soins axés dans une démarche palliative, dont 57.1% des admissions étaient en lien avec une pathologie néoplasique sous-jacente. Les pathologies néoplasiques prises en charge étaient les suivantes : 28.3% des cancers digestifs, 15.0% des cancers broncho-pulmonaires, 10.0% des cancers de prostate et cutanés.
40.0% des prescriptions n'étaient pas en lien avec une pathologie néoplasique. Ainsi 11 demandes consistaient à prendre en charge une pathologie neurologique évoluée, 10 une altération de l'état général et 6 demandes chacune pour une cause vasculaire, une insuffisance cardiaque terminale et une insuffisance rénale terminale, en lien avec une fin de vie.

28 patients (17.2%) étaient admis sous le mode de prise en charge « pansements complexes et soins spécifiques ». 12 patients (7.4%) bénéficiaient d'une transfusion sanguine.

Par ailleurs, une très grande majorité des patients, 110 patients (67.5%), recevaient des soins s'appliquant à plusieurs motifs de prise en charge.

L'ensemble des motifs primaires de prise en charge en HAD sont recensés dans le tableau n°3.

Le détail des pathologies prises en charge sous le motif « soins palliatifs » est détaillé dans le tableau n°4.

Tableau n°3 : Répartition des motifs primaires de prise en charge HAD :

N = 163	Nombre	(%)
Soins palliatifs :	105	(64,4)
- Pathologie néoplasique	60	(57,1)
- Autre pathologie	42	(40,0)
- Non renseigné	3	(2,9)
Pansements complexes et soins spécifiques	28	(17,2)
Transfusion sanguine	12	(7,4)
Traitements par voie intra-veineuse	4	(2,5)
Nutrition parentérale	3	(1,8)
Soins de nursing lourds	3	(1,8)
Prise en charge de la douleur	2	(1,2)
Surveillance post chimiothérapie anti-cancéreuse	2	(1,2)
Assistance respiratoire	1	(0,6)
Nutrition entérale	1	(0,6)
Post traitement chirurgical	1	(0,6)
Autres traitements	1	(0,6)
Motif de prise en charge :		
- Motif unique de prise en charge	53	(32,5)
- Plusieurs motifs de prise en charge	110	(67,5)

Tableau n°4 : Détail des pathologies prises en charge sous le motif « soins palliatifs » :

N = 105	Nombre	(%)
Détail des pathologies néoplasiques primitives en SP :		
- Cancer Digestif	17	(28,3)
- Cancer Broncho-Pulmonaire	9	(15,0)
- Cancer Prostate	6	(10,0)
- Cancer Cutané	6	(10,0)
- Cancer Sein	5	(8,3)
- Cancer Utérin	4	(6,7)
- Cancer Rénal et des voies urinaires	3	(5,0)
- Cancer Cérébral	3	(5,0)
- Cancer ORL	2	(3,3)
- Cancer Pleural	2	(3,3)
- Hémopathie Maligne	2	(3,3)
- Cancer Neuro-Endocrine	1	(1,7)
Détail des autres pathologies en SP :		
- Pathologie neurologie évoluée	11	(26,2)
- Altération de l'état général	10	(23,8)
- Pathologie vasculaire	6	(14,3)
- Insuffisance cardiaque terminale	6	(14,3)
- Insuffisance rénale terminale	6	(14,3)
- Insuffisance respiratoire terminale	2	(4,8)
- Cause infectieuse	1	(2,4)
Non renseigné :	3	(2,9)

D) Evolution des critères de prescriptions :

1. Evolution du taux des admissions en HAD :

De manière générale on observait entre 2014 et 2018 une augmentation des admissions en HAD tous prescripteurs confondus, passant de 248 admissions en 2014 à 851 en 2018 soit une augmentation de 70.9%.

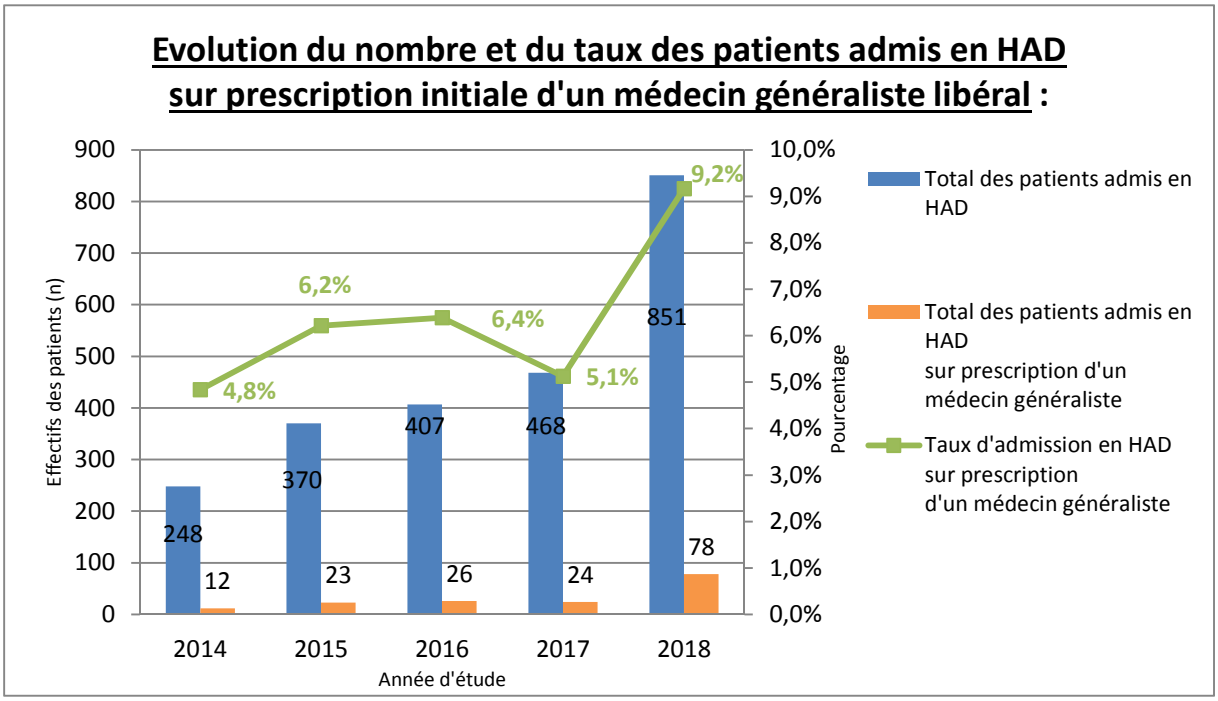
Pour ce qui était des admissions faisant suite à une prescription initiale par un médecin généraliste libéral l'évolution était décomposée en trois phases :

1. Une phase de croissance des admissions entre 2014 et 2015. Le taux d'admission passait de 4.8% à 6.2%.
2. Puis une phase de plateau entre 2015 et 2017, avec un taux d'admission oscillant entre 5.1 et 6.4 %.
3. Enfin une nouvelle phase de croissance importante entre 2017 et 2018, pour atteindre un taux maximum d'admission à 9.2%.

Dans notre étude, le taux d'admission en HAD suite à une prescription initiale par un médecin généraliste libéral était croissant entre 2014 et 2018, passant de 4.8% à 9.2%.

L'ensemble des données concernant l'évolution du taux des admissions en HAD suite à une prescription initiale d'un médecin généraliste libéral est représenté sur le graphique 1.

Graphique 1 : Evolution du nombre et du taux des patients admis en HAD entre 2014 et 2018 :

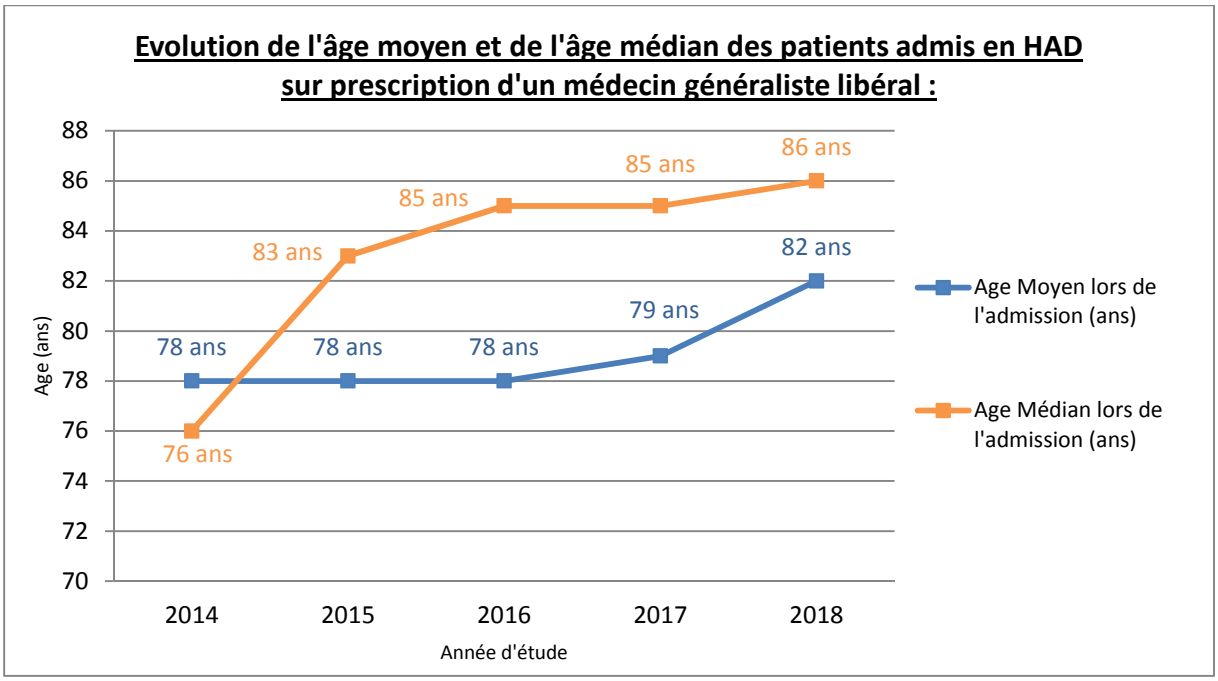


2. Evolution des prescriptions en fonction de l'âge des patients admis en HAD :

L'évolution de l'âge des patients admis en HAD était marquée par un âge croissant, tant en terme d'âge moyen que d'âge médian. L'âge moyen était de 78 ans en 2014 pour atteindre 82 ans en 2018 soit un vieillissement de 4 ans. Ce vieillissement des patients admis était d'autant plus marqué en observant l'âge médian de l'échantillon. Celui-ci était de 76 ans en 2014 pour atteindre 86 ans en 2018.

L'évolution des âges moyen et médian lors de l'admission en fonction des années d'étude sont résumés sur le graphique 2.

Graphique 2 : Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian des patients admis en HAD entre 2014 et 2018 :



3. Evolution du lieu de vie et des situations géographiques du domicile :

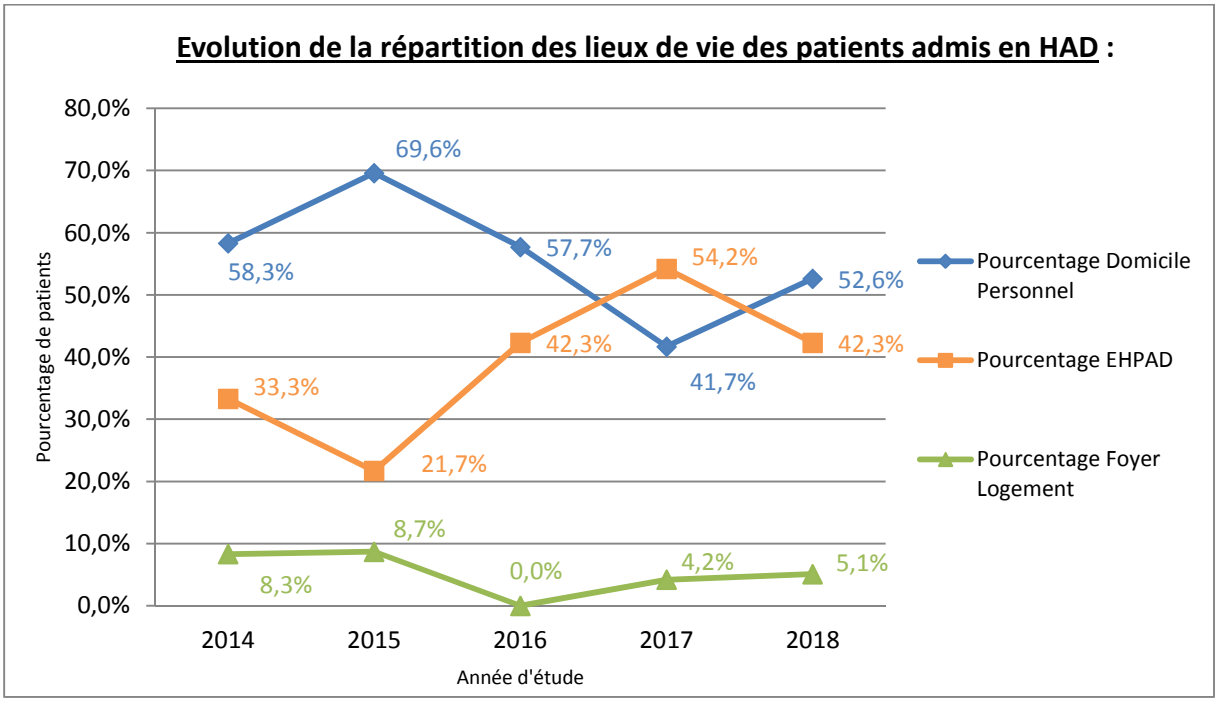
Le domicile personnel représentait une part majeure du lieu de séjour des patients en HAD. On notait une diminution progressive des patients pris en charge au domicile personnel entre 2015 (69.5%) et 2017 (41.7%). En parallèle on observait une augmentation des patients pris en charge en EHPAD entre 2015 (21.7%) et 2017 (54.2%).

L'année 2017 est marquée par une inversion de la répartition des lieux de prise en charge. Le pourcentage de patients prise en charge en EHPAD était supérieur à ceux soignés à leur domicile personnel.

Les patients résidant dans les foyers logements représentaient une minorité tout au long de notre étude.

L'ensemble de ces évolutions est illustré sur le graphique 3.

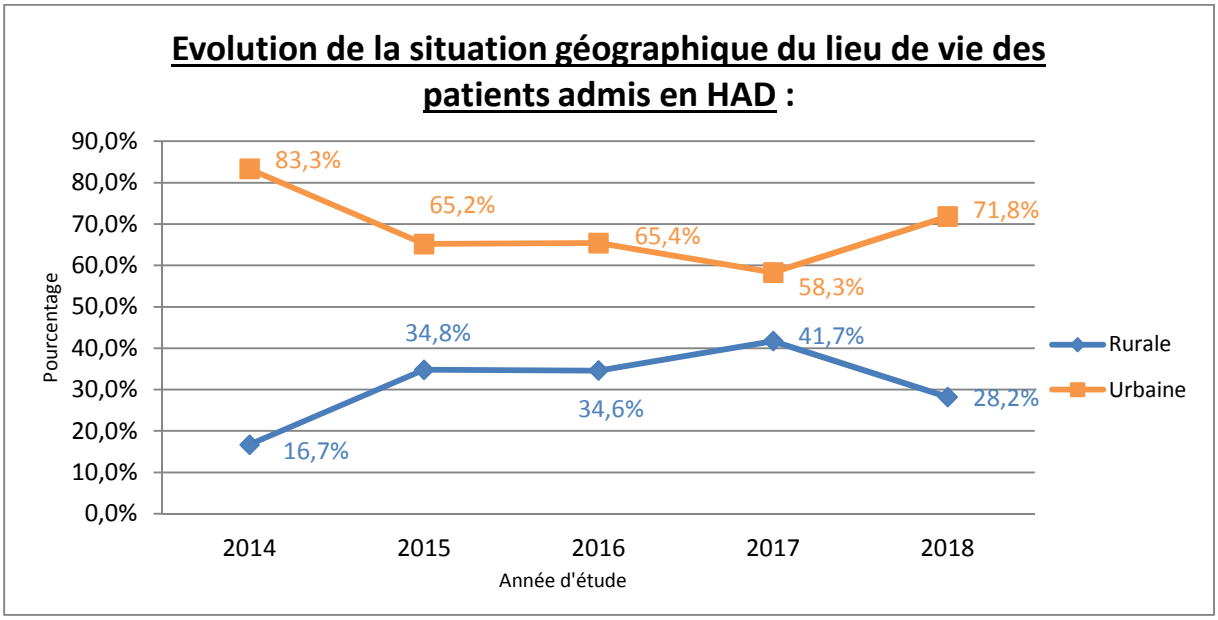
Graphique 3 : Evolution de la répartition des lieux de vie des patients admis en HAD entre 2014 et 2018 :



L'étude de la situation géographique (rurale ou urbaine) du lieu de vie des patients montrait une réduction progressive de l'écart entre ces deux paramètres. La prise en charge des patients résidant en zone urbaine restait prédominante tout au long de l'étude.

Ces éléments sont représentés sur le graphique 4.

Graphique 4 : Evolution de la situation géographique du domicile des patients admis en HAD entre 2014 et 2018 :



4. Evolution de l'indice de Karnofsky :

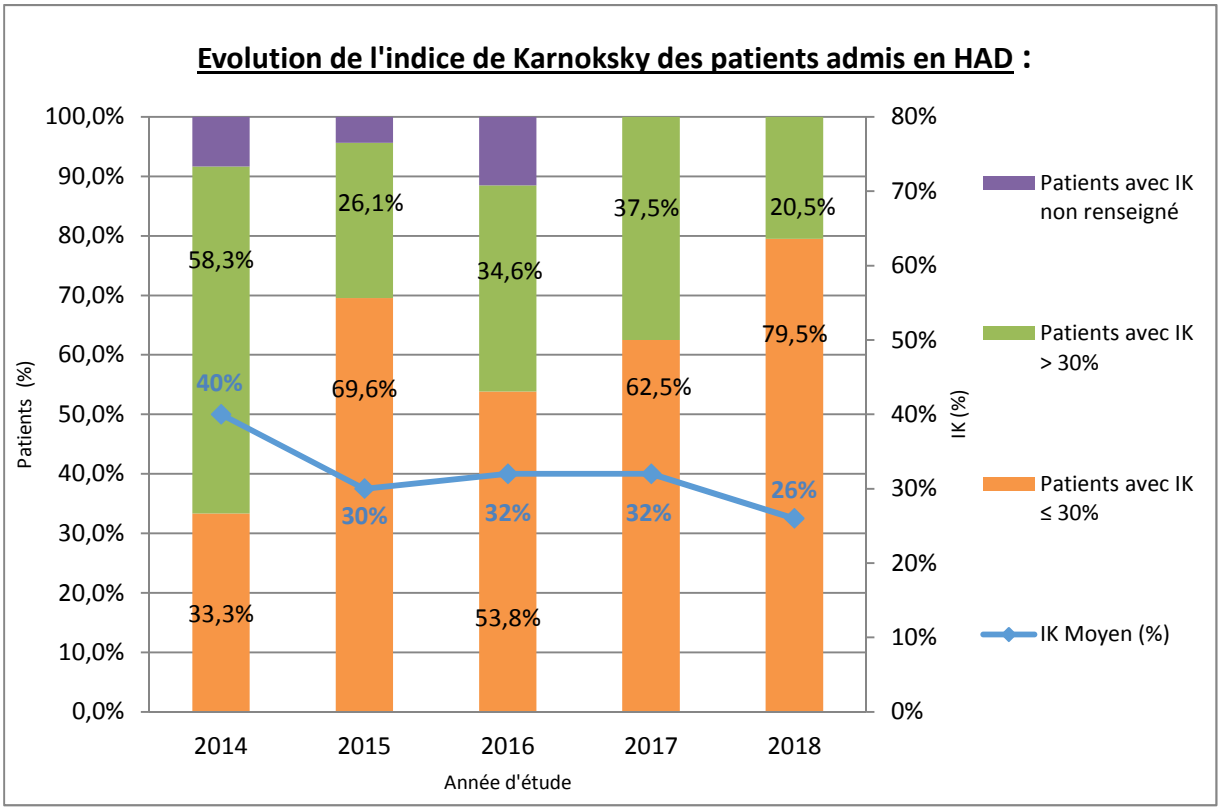
L'indice de Karnofsky moyen était progressivement décroissant. En 2014, l'indice de Karnofsky moyen était de 40 % pour atteindre en 2018, 26 %.

En ce qui concerne la répartition des patients admis en fonction d'un seuil d'indice de Karnofsky fixé à 30%, on observait un doublement des patients présentant un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 30% entre 2014 et les autres années d'étude. Cette augmentation était moins marquée en 2016.

En 2018, la part de patients présentant un IK ≤ 30% atteignait son maximum avec 79.5% des patients.

L'évolution de l'indice de Karnofsky et sa répartition autour d'un seuil fixé à 30% sont représentées sur le graphique 5.

Graphique 5 : Evolution de l'indice de Karnofsky des patients admis en HAD entre 2014 et 2018 :



5. Evolution des motifs de prise en charge :

L'étude de l'évolution des motifs de prise en charge s'est portée sur les trois principaux motifs de soins.

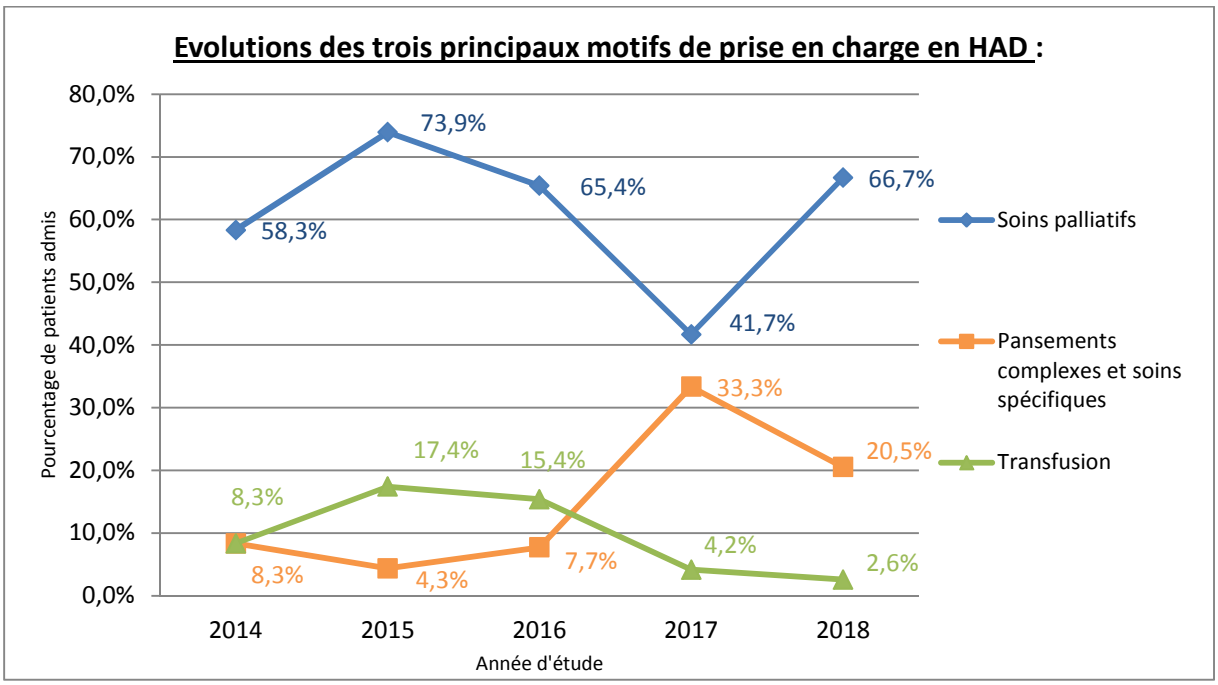
Tout au long de l'étude le mode de prise en charge le plus prescrit était les soins palliatifs. On observait une part importante et prédominante oscillant entre 41.7% et 73.9% des patients admis. On notait une légère inflexion en 2017, pour atteindre 41.7% des patients admis.

Le second mode de prise en charge était les soins en lien avec la réalisation de pansements complexes et soins spécifiques. Ce motif de prise en charge était globalement croissant tout au long de l'étude pour atteindre un maximum en 2017 avec 33.3% des patients admis en HAD.

Le troisième motif était la prescription d'admission pour la réalisation de transfusions. Ce mode de prise en charge restait limité malgré une légère croissance en 2015 et 2016.

Ces différentes évolutions sont résumées sur le graphique 6.

Graphique 6 : Evolutions des trois principaux motifs de prise en charge en HAD entre 2014 et 2018 :



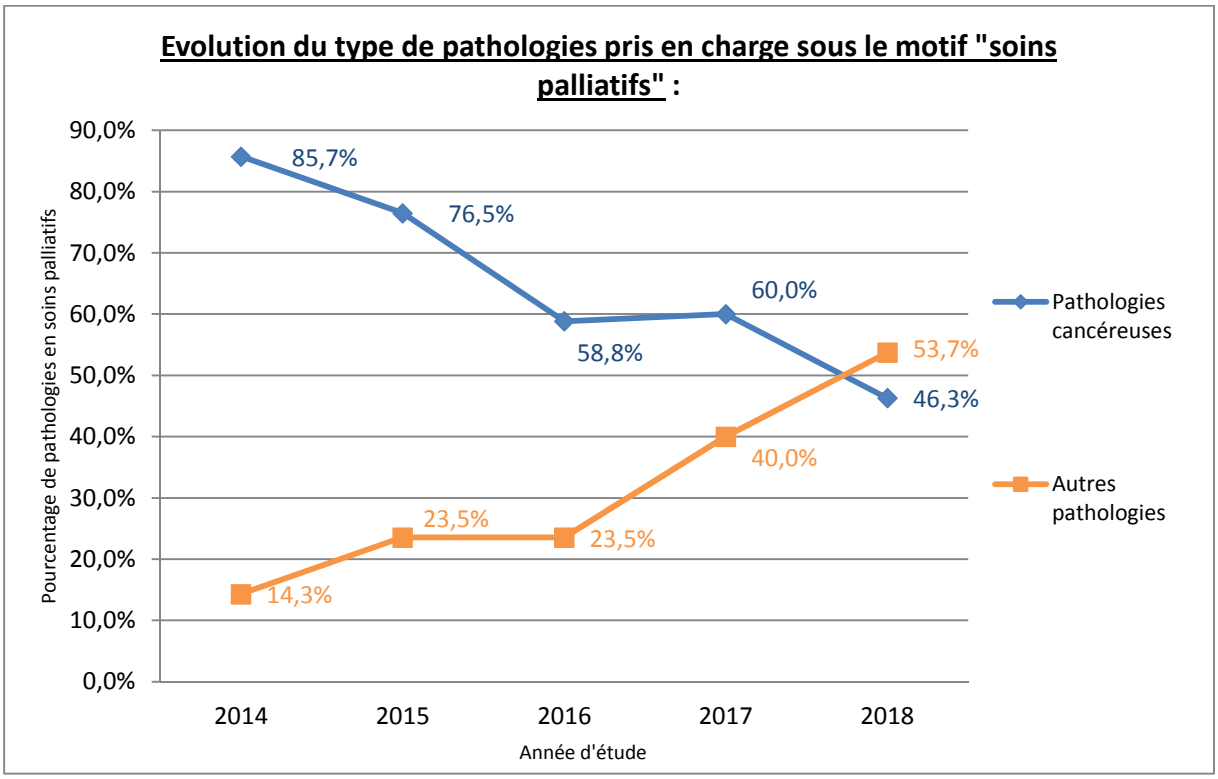
En détaillant le type de pathologies pris en charge sous le motif « soins palliatifs », on notait que les soins palliatifs étaient quasiment totalement utilisés dans le cadre de pathologies cancéreuses au début de l'étude. En 2014, cela représentait 85.7% des patients admis en soins palliatifs.

Au cours des années apparaissait une nouvelle tendance avec une augmentation des demandes de soins palliatifs pour la prise en charge de pathologies non cancéreuses.

En 2018, on notait même une inversion des tendances des pathologies prises en charge dans le motif d'admission « soins palliatifs ». Un pourcentage plus important de patients présentant une pathologie non cancéreuse (53.7%) était représenté par rapport aux patients souffrant d'une pathologie cancéreuse (46.3%).

Ces données sont illustrées sur le graphique 7.

Graphique 7 : Evolution du type de pathologies pris en charge sous le motif « soins palliatifs » entre 2014 et 2018 :



IV. DISCUSSION :

A) Analyse de la méthodologie de l'étude :

1. Points forts :

Nous avons fait le choix d'une étude rétrospective, multicentrique sur cinq années pour analyser les critères socio-démographiques, médicaux et les motifs de prise en charge des patients admis en HAD.

Pour constituer notre échantillon, ce choix d'étude a été orienté par la connaissance d'un taux d'admission plus faible suite à une prescription d'HAD par les médecins libéraux toutes spécialités confondues selon les rapports d'activités de la FNEHAD (13) (14). Du fait d'un choix d'étude uniquement sur les prescriptions par les médecins généralistes libéraux, la restriction du nombre de patients allait être accentuée.

Le choix de cinq années d'étude a été fait arbitrairement, tout en essayant d'analyser une période assez longue pour permettre de constituer un échantillon le plus important possible.

Le caractère rétrospectif nous a permis de limiter le temps de recueil avec des données déjà disponibles dans les différents services d'HAD. En s'adressant directement aux services d'HAD, nous avons pu avoir accès au lieu source où arrivent les prescriptions d'admission et le cas échéant l'accès à un maximum d'informations disponibles dans les dossiers des patients admis.

Le caractère multicentrique apporte une force supplémentaire et une diversification de notre échantillon. Par exemple le caractère urbain est plus marqué sur le bassin dijonnais par rapport aux zones d'activités des services de Beaune et Macon.

Enfin l'étude des prescriptions initiales d'HAD par le médecin généraliste libéral est peu étayée dans la littérature, alors que celui-ci joue un rôle pivot. Ce travail permet de faire un état des lieux et de connaitre les évolutions des prescriptions. Il pourra orienter sur de possibles axes de développement adaptés à la pratique, en réponse à l'évolution démographique, médicale et aux attentes des patients.

2. Points faibles :

Les principales limites sont inhérentes au schéma général de notre étude et de son caractère rétrospectif.

Ainsi nous pouvons évoquer un biais d'échantillonnage. Au service d'HAD de la clinique Bénigne Joly, seulement les données de l'année 2018 étaient accessibles. Par conséquent on observe une augmentation du nombre de patients sur l'année 2018, tendant à majorer certains critères.

Une demande de recueil de données auprès de l'organisme de la Fedosad 21 a été faite mais n'a pu aboutir. Or du fait de leur activité importante sur la région dijonnaise, on note une très probable perte de données.

Enfin sur la région dijonnaise, il ne faut pas omettre l'HAD du Centre Georges François Leclerc orientée sur les pathologies cancéreuses (leur traitement et suivi) et les soins palliatifs, non incluse dans l'étude du fait de prescription d'HAD d'origine hospitalière.

Malgré un recueil sur cinq ans et son caractère multicentrique, notre échantillon reste de petite taille, sur une zone géographique limitée. De plus la proportion d'admission est variable selon l'organisation des différents centres d'HAD.

Il existe aussi un biais d'information du fait du recueil rétrospectif des données à partir des dossiers médicaux. Des données ont pu être manquantes, mal renseignées ou différemment codées entre les centres d'HAD. Certains dossiers du service d'HAD de la Clinique Bénigne Joly antérieurs à 2018 n'ont pu être étudiés car ils se présentaient sous format papier d'accès difficile.

Prenons aussi l'exemple de la détermination de l'indice de Karnofsky. Celui-ci est défini par les équipes d'HAD selon une grille universelle de description mais l'évaluation reste aux jugements et aux habitudes des différentes équipes. Des variabilités très probables ne sont pas à oublier.

Lors des recueils des données au sein des services d'HAD, un biais de recueil a pu apparaitre. Une saisie manuelle était effectuée et des erreurs ont pu être commises. Pour limiter cela, une double lecture des données était réalisée.

L'interprétation des résultats doit être prudente du fait de ses différentes limites. Une étude complémentaire pourrait être réalisée sur la région Bourgogne-Franche-Comté dans un premier temps puis au niveau national pour avoir des résultats plus exhaustifs. Un choix de caractère prospectif est envisageable mais avec en contre-partie une augmentation de la durée d'étude.

B) Analyse des résultats :

1. Caractéristiques socio-démographiques et leurs évolutions :

a) Age des patients lors des admissions :

Dans notre échantillon la population était très majoritairement âgée de 60 ans et plus. Cette tranche d'âge représentait 88.3% des admissions. L'âge moyen était évalué à 80 ans +/- 14.8 ans.
Dans le rapport d'activité de la FNEHAD sur l'année 2018, l'âge moyen des patients tous prescripteurs confondus était de 68.5 ans (hors patients de moins de 18 ans et séjours de périnatalité) (14). La population de notre échantillon était donc plus âgée que celle étudiée dans le rapport national, probablement en lien avec une population cible différente selon les prescripteurs et le lieu d'activité.

Le choix des médecins généralistes libéraux de proposer ce type de prise en charge à des patients âgés de 60 ans et plus est retrouvé dans plusieurs régions françaises. Un rapport d'étude publié par la DREES en février 2011 (15) analysant les opinions et les pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence Alpes Côte d'Azur et Pays de la Loire) montrait que 58% des médecins généralistes participants étaient très favorables à l'HAD pour la prise en charge des patients de plus de 60 ans.

Par ailleurs, la tanche d'âge de 60 ans et plus est prédominante du fait de la probabilité plus importante de cette population d'être atteint d'une pathologie chronique ou cancéreuse nécessitant des soins réguliers.

En analysant l'évolution de l'âge, on note un accroissement de l'âge moyen. Celui-ci était de 78 ans en 2014 pour atteindre 82 ans en 2018. Cette élévation de l'âge suit l'évolution démographique du pays avec un vieillissement de la population.
Ce vieillissement de la population française est mis en avant par les résultats et projections de l'INSEE (16). Ainsi la tranche d'âge des personnes âgées de 60 ans et plus est en croissance. En 2014 cette tranche représentait 24.2% de la population et en 2018 25.6%. La projection pour 2030 est toujours croissante avec 29.6%.
En parallèle l'espérance de vie à la naissance est stable chez les femmes et très légèrement croissante chez les hommes (17). Pour les femmes elle est stable à 85.4 ans. Pour les hommes elle passait de 79.3 ans à 79.5 ans.

Devant ces éléments, l'HAD apporte des aides à la prise en charge des sujets âgés suivis par les médecins généralistes. Dans le futur son développement pourrait effectivement apporter une réponse adaptée à l'évolution démographique de la population française et son vieillissement.

b) Le lieu de vie :

Le principal lieu d'intervention des équipes d'HAD était à 54.6% le domicile personnel du patient. Ce pourcentage élevé est concordant avec la volonté des patients de rester le plus longtemps possible à domicile et d'être soignés chez eux, dans un environnement familier (2).

Le second lieu de prise en charge était l'EHPAD pour 40.5% des patients de l'étude.

L'évolution des lieux de prise en charge était marquée par une augmentation en EHPAD, avec un pic des prescriptions en 2017 (54.2%), devançant le domicile personnel (41.7%).

Cette évolution est probablement corrélée à l'évolution de la législation des prescriptions d'HAD dans les EHPAD marquée par la levée de certaines restrictions d'utilisation.

Pour rappel, la prescription d'un séjour en HAD d'un patient résidant en établissement d'hébergement des personnes âgées médicalisé ou non est autorisée en 2007 (18). Les modes de prise en charge étaient alors réduits. L'arrêté du 19 janvier 2017 (19), supprime les restrictions d'indications de l'HAD en EHPAD de 2007. La mise en vigueur de ces nouvelles mesures est appliquée le 1er mars 2017.

L'augmentation de la prescription en EHPAD peut donc s'expliquer par ces nouvelles mesures et l'élargissement du panel d'intervention de l'HAD.

L'intervention des équipes d'HAD en EHPAD, présente de nombreux avantages :

- La réduction ou le raccourcissement d'un séjour hospitalier conventionnel.
- La poursuite des soins dans un lieu familier, en respectant les attentes et le confort du patient.

  Le vieillissement entraine une modification des capacités d'adaptation notamment en situation de stress comme le changement de son lieu de vie habituel. Une étude publiée en 2006 (20) objectivait des troubles du comportements (agitation, agressivité) lors d'un changement du lieu de vie chez les sujets âgés et d'autant plus chez les patients qui présentaient des troubles cognitifs sous-jacents à type de démence.

- Un avantage économique avec une diminution des frais de séjours hospitaliers et la réduction des frais de transport entre les différents établissements, soit une limitation de coûts évitables.

Elle nécessite par contre une majoration de la coordination des soins entre le médecin généraliste traitant, le médecin coordinateur de l'EHPAD et le médecin coordinateur de l'HAD. De même une coordination est nécessaire sur le plan infirmier avec une répartition des soins.

Le développement de ce mode de prise en charge passe aussi par une information des professionnels de santé et du grand public, face à cette évolution administrative. Par exemple la FNEHAD a confectionné un dépliant informatif spécifique (21) de la mise en place d'une HAD dans un EHPAD.

La prise en charge dans les foyers logements restait faible tout au long de l'étude malgré une ouverture de ce dispositif aux centres sociaux et médico-sociaux avec hébergement en 2012 (22).

c) <u>La situation géographique du domicile</u> :

68.7% des patients résidaient dans une zone géographique définie comme urbaine. Cette différence peut s'expliquer par plusieurs éléments :

- Malgré un dispositif d'HAD présent sur le territoire national depuis plusieurs années, certaines zones géographiques ne rentrent pas le secteur d'action des différents services d'HAD défini réglementairement. Cette limite à la prescription de l'HAD est mise en avant par 55% des médecins généralistes dans une étude conduite par la DREES (15).

- Le caractère rural du domicile peut entrainer un isolement géographique du patient pour bénéficier de l'HAD mais aussi isolement sur le plan des aides paramédicales et sociales. L'isolement géographique est mis en avant comme une frein à la prescription de ce dispositif pour 28% des médecins généralistes en 2011 (15).

Sur notre période d'étude cette différence de prise en charge entre milieu urbain et rural tend à se réduire.

d) Les aides à domicile :

Avant une admission en HAD à leur domicile personnel, la totalité des patients bénéficiait d'aides : aides familiales ou aides extérieures. Cette donnée montre que les patients pris en charge en HAD sont bien entourés sur le plan social et paramédical.

Une étude de 2011, montre que l'isolement socio-familial a été un frein à une prescription d'HAD pour 51% des médecins généralistes participants (15). Le choix d'une hospitalisation conventionnelle avec hébergement en établissement apparait plus sécurisant pour le prescripteur et avant tout pour le patient.

2. Caractéristiques médicales et leurs évolutions :

a) Taux d'admission suite à une prescription par un médecin généraliste libéral :

Le taux d'admission sur prescription du médecin généraliste restait très faible par rapport aux autres prescripteurs (spécialistes d'organes et chirurgiens libéraux, médecins hospitaliers). On notait une légère croissance de ce taux au cours de notre suivi.

Cette analyse confirme la part faible d'utilisation de ce dispositif par les médecins généralistes alors qu'il présente un rôle qualifié de « pivot ».

Ce résultat peut être mis en parallèle avec celui du rapport d'activité de la FNEHAD, mesurant que 32% des patients admis en HAD provenaient du domicile en 2018 (14). D'autant que dans cette part de patients, certaines prescriptions étaient réalisées par des médecins spécialistes d'organes libéraux ou hospitaliers.

Cette interprétation de l'évolution dans notre étude doit être prudente car en 2018 on notait une augmentation de l'effectif des patients admis. Or cette augmentation est en partie due à un biais d'échantillonnage. Dans le service d'HAD de la Clinique Bénigne Joly seulement les données de l'année 2018 étaient disponibles.

Un surcroit d'admission « artificiel » est très probable pour 2018 par rapport aux autres années faussant les résultats.

b) Indice de Karnofsky :

L'indice de Karnofsky moyen était de 29% +/- 15%. On note qu'une majorité de patients (68.1%) présentait un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 30%.
Selon le rapport annuel de la FNEHAD, pour l'exercice 2018, 37.2% des patients présentaient un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 30% (après exclusion des patients pris en charge en obstétrique et en périnatalité) (14).

Cet indice de Karnofsky faible montre que le médecin généraliste libéral est confronté à des patients présentant des degrés de dépendance importants, le plus souvent dans le cadre de pathologies évoluées.

De plus en analysant l'évolution de l'indice de Karnofsky moyen celui-ci décroit tout au long de l'étude. La dépendance des patients s'accentue. Les patients à prendre en charge apparaissent de plus en plus « lourds » sur le plan médical. Un travail de thèse montrait que pour 25% des médecins généralistes interrogés, des pathologies trop complexes ou trop spécifiques étaient un frein à la prescription d'une HAD (23).
Une hospitalisation conventionnelle peut apparaitre plus sécurisante avec des spécialistes d'organes plus facilement accessibles, une organisation paramédicale et un suivi différent.
Le manque de formation pour la gestion de certaines pathologies et traitements spécifiques est aussi à évoquer.

c) Trajectoire post HAD :

La trajectoire post-HAD est marquée par le décès de 52.8% des patients à leur domicile. Ces patients étaient pris en charge dans le cadre de soins palliatifs. Cette donnée montre probablement l'effort de respecter au maximum la volonté de certains patients de décéder à leur domicile.

En additionnant les patients décédés et ceux restant au domicile à la fin du séjour en HAD, on s'aperçoit que 132 patients (81.0% de l'échantillon) ne sont pas allés dans un établissement de santé avec hébergement. Ce chiffre illustre bien le rôle de l'HAD pour éviter une hospitalisation conventionnelle. Outre l'économie de santé réalisée, des « lits » d'hospitalisation ont pu être libérés avec une qualité de soins identiques.

Dans un travail de thèse datant de 2015, 37% des médecins interrogés évoquent comme point positif de l'HAD une aide au désengorgement des hôpitaux (23).

3. Motifs d'admission et leurs évolutions :

a) Les soins palliatifs :

Les soins palliatifs apparaissaient comme le motif de prise en charge principal des demandes d'admission par le médecin généraliste avec 64.4% des demandes (105 patients).
Son évolution restait plutôt stable durant le suivi avec environ au moins 60% des admissions. On notait une légère inflexion en 2017.

Sur le plan national, les rapports de la FNEHAD des années 2017 et 2018 montraient aussi la part importante des soins palliatifs en HAD avec environ 25% de l'activité totale, tous prescripteurs confondus. Une évolution croissante de ce mode de prise en charge est aussi à noter (13) (14).

Au niveau administratif, les pouvoirs publics ont acté le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie à travers le plan national « soins palliatifs 2015-2018 ». Il se compose de quatre grands axes de développement dont un est orienté sur le développement des soins palliatifs à domicile avec l'implication des services d'HAD (y compris dans les établissements sociaux et médico-sociaux) (24).

La prise en charge d'un patient en fin de vie est une situation singulière à gérer pour le médecin généraliste nécessitant une implication importante. Différentes difficultés ont été répertoriées comme le manque de temps et de disponibilité par rapport à leur activité libérale, l'isolement de la prise en charge, le manque de compétence et un impact émotionnel et psychologique (25).
A travers une prise en charge coordonnée avec l'HAD, ces difficultés tendent à se réduire. Un travail de thèse effectué par Sandrine Maillard mettait en avant le sentiment de confort et de sécurité, le soulagement moral (continuité des soins et aide de prise en charge) et organisationnel apportés par l'HAD (25) .

Il est aussi intéressant de différencier la pathologie à l'origine de la prise en charge en soins palliatifs. Ainsi 57.1% admissions étaient en lien avec une pathologie néoplasique et 40.0% avec une autre pathologie évoluée.
Au cours du suivi on observait une inversion de l'évolution du type de pathologie induisant l'indication de soins palliatifs. La part de pathologies non cancéreuses était en augmentation en lien avec le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie et l'accroissement des pathologies chroniques.

Enfin, le mode prise en charge principal « soins palliatifs » était associé pour tous les dossiers à un mode de prise en charge complémentaire. Le plus souvent il s'agissait de « la prise en charge de la douleur ». On retrouvait aussi « les soins de nursing lourds » et « la prise en charge psychologique ».
Ces associations soulignent la polyvalence et la richesse des soins apportés par l'HAD.

b) Les pansements complexes et soins spécifiques :

En seconde position, nous retrouvions la prise en charge de pansements complexes et de soins spécifiques (28 patients soit 17.2%). Ce mode de prise en charge a connu globalement une croissance sur les 5 ans de suivi. Ces résultats coïncident avec ceux des rapports de 2017 et 2018 de la FNEHAD établissant ce mode de prise en charge à 28% de l'activité totale (13) (14).

La prescription de ce mode de prise en charge était souvent liée aux traitements de plaies ulcéreuses chroniques ou d'escarres. Ces pathologies nécessitaient des soins réguliers et l'utilisation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) à visée antalgique lors du soin.

Le MEOPA est utilisable en médecine de ville depuis 2009. Mais de nombreux freins à son utilisation ont été mis en avant notamment dans la thèse de Nathalie Van Hoecke de 2016 (26). On peut citer :

- Un frein financier : il n'existe pas de cotation de l'acte « utilisation de MEOPA » et ce produit n'est pas remboursé par l'assurance maladie. Par ailleurs il s'agit d'un dispositif coûteux à l'installation, à l'entretien et à l'usage au quotidien.
- Nécessité d'une formation à l'utilisation du MEOPA.
- Nécessité de respecter un plan de gestion des risques strict (27).

L'admission d'un patient nécessitant ce type de soins dans le cadre d'une HAD en limite les freins. D'autant plus qu'une étude menée entre 2010-2011 sur l'évaluation de l'utilisation du MEOPA dans neuf HAD (28), concluait à l'efficacité et la satisfaction des patients (76% d'antalgie satisfaisante à très satisfaisante et 95% des patients désirant de nouveau du MEOPA) et des soignants pour ce produit dans la prise en charge de la douleur. 184 gestes étaient effectués chez des adultes dont 176 gestes dans le cadre de pansements complexes.

Le fait de bénéficier de soins à domicile limite les allers retours avec l'hôpital et respecte le confort du patient. Il est clairement démontré que le stress est un facteur au retard de cicatrisation des plaies chroniques (29). Ainsi réaliser les soins dans un environnement familier limiterait ce facteur à risque de complications.

Des techniques plus spécifiques peuvent aussi être mises en place en seconde intention avec les traitements par pansements sous pression négative. Mais ce type de traitement nécessite un avis spécialisé avant prescription (dermatologue, chirurgien)(30).
Dans son rôle de suivi, le médecin généraliste peut être amené à surveiller la cicatrisation d'une plaie sous traitement par pression négative.

c) Les transfusions sanguines :

La transfusion sanguine à domicile apparaissait comme le troisième mode de prise en charge, pour 12 patients (7.4%). Ce mode de prise en charge reste marginal, malgré un dispositif présent depuis de nombreuses années. Le faible recours à la transfusion à domicile est aussi mis en avant dans les rapports d'activité des années 2017 et 2018 de la FNEHAD. La transfusion sanguine représentait environ 0.01% de l'activité de l'HAD (moins de 1000 journées par an) sur le plan national tous prescripteurs confondus (13) (14).

La prise en charge d'une anémie chronique du sujet âgé est une situation fréquente, souvent en lien avec des myélodysplasies ou une pathologie néoplasique. Elle nécessite des transfusions itératives.
Chez ces patients souvent fragiles, le choix d'une transfusion au domicile limite le stress, les changements d'environnement engendrés par des allers retours à l'hôpital.

La transfusion à domicile nécessite d'être encadrée pour garantir une exigence de sécurité transfusionnelle (avant, pendant et après l'acte) et une qualité des soins (32). Ainsi en avril 2018, 18 recommandations ont été rédigées par la Société Française de Transfusion Sanguine et la Société Française de Vigilance et de Thérapeutique Transfusionnelle pour encadrer l'ensemble des étapes transfusionnelles (33).

Certaines recommandations peuvent expliquer le faible recours par le médecin généraliste, du fait de son activité de consultations programmées :

- Recommandation n°4 : Nécessité que le médecin prescripteur soit joignable à tout moment lors de la transfusion et dans les deux heures qui suivent la fin de la transfusion, avec la possibilité d'intervenir à tout moment.
- Recommandation n°8 : la transfusion est réalisée par un médecin ou le cas échéant par un infirmier sur prescription médicale à condition que le médecin soit joignable à tout moment.

Pour mettre en avant la sureté de ce dispositif, on peut citer une étude réalisée sur 3 ans à Toulouse concluant à un mode de prise en charge sûr avec l'absence d'effet indésirable survenu lors de la réalisation de 116 transfusions chez 25 patients (34) .

Dans le futur, la transfusion à domicile pourrait connaitre une évolution dans les EHPAD avec la levée des restrictions de prescription depuis 2017. La surveillance pourrait être complétée par le développement des nouvelles technologiques telle que la télémédecine.

C) Perspectives :

Dans le cadre de la loi « Ma santé 2022 » (36) et la réorganisation du système de santé français en rapport aux évolutions de la société, l'HAD prend une place singulière pour répondre aux soins de proximité, la coopération nécessaire entre les professionnels de santé et l'ambition de maintenir à domicile le plus longtemps possible les patients.

L'accent est aussi mis sur une réorganisation permettant de majorer le temps des médecins consacré aux soins de leurs patients. Dans un travail de thèse publié en 2018 par Jean Baptiste Prunières (37), 13 heures de travail en lien avec des tâches non médicales étaient consacrées par le médecin généraliste par semaine. Or dans de nombreuses thèses (23) (38) il est mis en avant la lourdeur administrative de l'admission en HAD et son caractère chronophage. La loi « Ma santé 2022 » prône la création d'assistants médicaux pour soulager les médecins, notamment dans leurs tâches administratives. Leur rôle pourrait être axé dans ce sens et permettre une meilleure utilisation et un développement de l'HAD.

Pour aider les prescripteurs, depuis décembre 2017, un outil d'aide à l'orientation des patients pour un séjour en HAD (ADOP-HAD) est proposé par l'HAS pour permettre au prescripteur dans sa pratique quotidienne d'évaluer facilement si son patient est éligible ou non à ce type de prise en charge (39) (40). Il se présente sous la forme d'un algorithme décisionnel. Cet outil était initialement disponible sur le site adophad.has-sante.fr via un ordinateur, tablette ou téléphone. Depuis novembre 2018, cet outil est disponible via une application mobile et utilisable sans connexion internet.

Le dispositif d'HAD depuis sa création légale en 1970, reste encore mal connu pour certains médecins généralistes. En 2017, une enquête montrait que 50% des médecins généralistes interrogés estiment que l'HAD est peu connue (2). Pour pallier à ce manque la poursuite des messages d'information est importante à travers des dépliants informatifs ou via le site TrouverSonHAD.fr.

L'information passe aussi par la poursuite de la formation des futurs médecins en enseignant qu'une prise en charge en HAD est équivalente aux hospitalisations conventionnelles. La poursuite de l'ouverture de terrains de stage lors de l'internat pour la découverte au quotidien du fonctionnement d'un tel dispositif est à promouvoir. Enfin pour les médecins plus avancés dans leur carrière, l'HAD pourrait s'inscrire dans un programme de développement professionnel continu.

Dans le cadre d'une épidémie de grande ampleur, avec une mise en tension du milieu hospitalier conventionnel, l'HAD pourrait aussi avoir un rôle pour permettre l'hospitalisation de patients nécessitant une prise en charge et une surveillance continue en rapport avec une situation complexe médicale ou sociale mais ne présentant pas de facteurs de gravité ou signes de sévérité urgents.

L'ensemble de ces pistes d'évolution et les outils d'aide pourraient permettre de favoriser la prescription d'HAD et d'utiliser ce dispositif de la manière la plus optimale possible, notamment dans le cadre de la médecine générale.

V. CONCLUSION :

Notre travail a permis de faire un état des lieux de la prescription de l'HAD par le médecin généraliste libéral. Il précise les critères socio-démographiques, médicaux et les motifs d'admission des patients lui faisant prescrire ce dispositif.

Malgré une dynamique volontariste des pouvoirs publics pour répondre à l'évolution du système de santé et des attentes des patients, la prescription d'HAD par le médecin généraliste libéral reste limitée.

Dans notre étude, la prescription de l'HAD par le médecin généraliste représentait 7.0% des admissions, avec une légère augmentation avec le temps.

Nous avons pu observer que le médecin généraliste utilise l'HAD principalement pour des sujets âgés de 60 ans ou plus (88.3%) avec un âge moyen de 80 ans, résidant pour 54.6% à leur domicile personnel. Le caractère urbain du lieu d'intervention reste très marqué dans 68.7% des cas. Les patients bénéficiant de l'HAD à leur domicile personnel sont tous entourés par des aides familiales ou extérieures lors de la prescription. Le lieu d'intervention de l'HAD tend à évoluer avec l'accroissement des prises en charge en EHPAD.

Sur le plan médical, il oriente des patients souvent « lourds » avec 68.1% des patients présentant un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 30%, et un IK moyen de 29%.

Les soins palliatifs sont le motif principal d'intervention avec une augmentation des démarches palliatives chez des patients souffrant de pathologies non cancéreuses. La prise en charge des pansements complexes et des soins spécifiques est aussi en pleine croissance. Alors que les transfusions sanguines à domicile restent peu utilisées.

La richesse et la polyvalence des soins apportées par l'HAD sont mises en avant pour 110 patients (67.5%) bénéficiant d'une prise en charge avec plusieurs motifs de soins.

L'étude confirme la qualité de l'HAD pour éviter des hospitalisations en établissement avec hébergement, avec 81.0% des patients prise en charge exclusivement au domicile.

L'interprétation de ces résultats doit tout de même rester prudente au vue des différents biais et de la zone d'étude limitée. Un travail complémentaire sur le territoire régional voire national apporterait des résultats plus exhaustifs et proches de la pratique quotidienne pour appréhender au mieux les possibles évolutions à apporter à ce dispositif.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). L'hospitalisation à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had

2. Institut Viavoice. Etude quantitative Viavoice : l'hospitalisation à domicile, perceptions et niveau de connaissance du grand public et des professionnels de santé [Internet]. 2017. Disponible sur : https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/12/FNEHAD.-Perceptions-li%C3%A9es-%C3%A0-lHAD.-Pr%C3%A9sentation-Viavoice-EMBARGO-06-12-1.pdf

3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile [Internet]. Legifrance.gouv.fr. 2013.
Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf

4. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Hospitalisation à domicile : Chiffres clés 2018 | ATIH [Internet].
Disponible sur : https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-had

5. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Hospitalisations : Chiffres clés 2018 Région Bourgogne Franche Comté | ATIH [Internet]. 2019. Disponible sur : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/chiffres_cles/2018/Chiffres_Cles_2018_Bourgogne_Franche_Comte.pdf

6. Les généralistes peuvent prescrire l'HAD. La Revue Prescrire. oct 1994;584.

7. Journal Officiel de la République Française (JORF). 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 [Internet]. Code de santé Publique, 8 oct 1992, JORF N°0234 p. 13961.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000726288&categorieLien=id

8. Leung I, Casalino E, Pateron D, Grateau G, Garandeau E, De Stampa M. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;Vol. 28(4):499-504.

9. Derache-Delavenne C. Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-t-ils recours à une hospitalisation à domicile [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014. Disponible sur: http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/50786393-ac04-40eb-9350-32bc1954fc5b

10. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Base des unités urbaines | Insee [Internet]. insee.fr. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/information/2115018

11. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Recherches dans le domaine de la santé : la CNIL adopte de nouvelles mesures de simplification | CNIL [Internet]. cnil.fr. 2018. Disponible sur : https://www.cnil.fr/fr/recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-la-cnil-adopte-de-nouvelles-mesures-de-simplification

12. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. cnil.fr. Disponible sur : https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le

13. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD). Le rapport d'activité 2017-2018 de la FNEHAD [Internet]. 2017. Disponible sur : https://www.fnehad.fr/2018/11/21/le-rapport-dactivite-2017-2018-de-la-fnehad-est-disponible/

14. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD). Le rapport d'activité 2018-2019 de la FNEHAD [Internet]. 2019 nov. Disponible sur : https://www.fnehad.fr/2019/11/06/le-rapport-dactivite-2018-2019-de-la-fnehad-est-disponible/

15. Paraponaris A, Guerville M-A, Cabut S, Obadia Y, Verger P. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. drees.solidarite-sante.gouv.fr. 2011. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/education-therapeutique-des-patients-et-hospitalisation-a-domicile

16. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. insee.fr. 2018. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#tableau-T18F032G1

17. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Espérance de vie - Mortalité − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. insee.fr. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937#tableau-figure2

18. De Villepin D, Bertrand X, Bas P. Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale [Internet]. Legifrance.gouv.fr. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000795683#LEGIARTI000006260610

19. Touraine M. Arrêté du 19 janvier 2017 portant abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique [Internet]. janv 19, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033922962&categorieLien=id

20. Belmin J, Bojic N. Conséquences d'un changement d'environnement chez les malades déments. L'Encéphale. 1 déc 2006;32(6, Part 4):1109-11.

21. Fédérations représentatives des établissements d'hospitalisation à domicile et des établissements d'hébergement pour personnes âgées. L'hospitalisation à domicile en EHPAD : Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/05/HAD-Ehpad_Depliant_web_pl.pdf

22. Touraine M. Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement [Internet]. 2012-1031 sept 6, 2012. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026354711&categorieLien=id

23. Birague-Cavallie E. Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne [Internet] [Thèse d'exercice médecine générale]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015. Disponible sur : http://thesesante.ups-tlse.fr/771/

24. Le plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018

25. Maillard S. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en hospitalisation à domicile relevant de soins palliatifs dans le bassin de population tourangeau : une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France] Université de Tours. UFR de médecine; 2017.

26. Van Hoecke N. Comment introduire des soins sous mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) au sein d'une structure d'exercice coordonné de soins de premiers recours ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France] Université de Bourgogne; 2016. Disponible sur : http://www.sudoc.abes.fr/xslt//DB=2.1/SET=3/TTL=1/SHW?FRST=2

27. Agence Francaise de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (afssaps). Plan de gestion de risque concernant la sortie de la réserve hospitalière de certaines spécialités à base de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) [Internet]. ansm.sante.fr. 2010. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/1ba32bfaa132298b8a69ff7837a7fae9.pdf

28. Gatbois E, Balladur E, Grisolet G, Galinski M. Evaluation de l'utilisation du MEOPA en HAD : étude MEOPHAD - Résultats préliminaires [Internet]. cnrd.fr. 2011. Disponible sur : http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/E_Gatbois_13.pdf

29. Senet P. Physiologie de la cicatrisation cutanée. [Internet]. 4 juin 2007; Disponible sur : https://www-em-premium-com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/62145/resultatrecherche/1

30. Haute Autorité de Santé (HAS). Rapport d'évaluation - Actes de prise en charge de plaies complexes à l'aide d'un appareil de traitement par pression négative [Internet]. 2016 févr. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/rapport_devaluation_actes_de_prise_en_charge_de_palies_complexes_a_laide_dun_appareil_de_traitement_par_pression_negative.pdf

31. Maillard F, Annequin D. Le MEOPA, quel avenir en ambulatoire, quel financement ? ScienceDirect [Internet]. sciencedirect.com. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1624568718301021

32. Cabaud J-J, Moncharmont P, Benzaqui M. Transfusion à domicile : où en est-on ? La revue du praticien Volume 68. nov 2018;949-52.

33. Société Française de Transfusion Sanguine, Société Française de Vigilance et de Thérapeutique Transfusionnelle. Document cadre hospitalisation à domicile et transfusion [Internet]. sfts.asso.fr. 2018. Disponible sur : https://www.sfts.asso.fr/Media/association/20180430_document_had_transfusion.pdf

34. Boulanger P, Comont T, Challan-Belval T, Thiercelin M-F, Ollier S, Récher C, et al. Les transfusions sanguines à domicile : une alternative à l'hospitalisation pour les patients âgés fragiles qui souffrent d'anémie chronique. [Internet]. 21 mai 2011 [cité 10 févr 2020]; Disponible sur : https://www.em-consulte.com/en/article/292683

35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Marisol Touraine permet à toutes les personnes âgées résidant en EHPAD d'accéder aux soins d'hospitalisation à domicile sans conditions. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-permet-a-toutes-les-personnes-agees-residant-en-ehpad-d

36. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

37. Prunieres J-B. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire [Thèse d'exercice]. [France] Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.

38. Gremillet A. Difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile: étude qualitative en focus groupe réalisée auprès des médecins généralistes du Var [Thèse d'exercice]. Université Aix-Marseille. Faculté de médecine; 2017.

39. Haute Autorité de Santé (HAS). ADOP-HAD / Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD [Internet]. Disponible sur : https://adophad.has-sante.fr/

40. Couillerot-Peyrondet A-L, Leclerc S, Bongiovanni-Delarozière I. ADOP-HAD : un outil d'Aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD). Rev Epidemiol Santé Publique. 14 févr 2019;67(S2):77.

41. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Liste des modes de prise en charge | Publication ATIH [Internet]. atih.santé.fr. Disponible sur : https://www.atih.sante.fr/liste-des-modes-de-prise-en-charge

42. Karnofsky.D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press. 1949;191-205.

43. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIIH). Guide Méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile [Internet]. 2016 avr p. 116-7. Disponible sur : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2876/guide-methodologique-had-2016-provisoire-2.pdf

44. Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Index de Karnofsky [Internet]. hug-ge.ch. Disponible sur : https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/soins_palliatifs_professionnels/documents/karnofsky.pdf

VII. ANNEXES :

Annexe I : Classification des modes de prise en charge en HAD selon l'ATIH (41) :

MPC 00 - Pas de protocole associé.
MPC 01 - Assistance respiratoire.
MPC 02 - Nutrition parentérale.
MPC 03 - Traitement par voie intraveineuse : anti-infectieux ou autre.
MPC 04 - Soins palliatifs.
MPC 05 - Chimiothérapie anticancéreuse.
MPC 06 - Nutrition entérale.
MPC 07 - Prise en charge de la douleur.
MPC 08 - Autres traitements.
MPC 09 - Pansements complexes et soins spécifiques.
MPC 10 - Post-traitement chirurgical.
MPC 11 - Rééducation orthopédique.
MPC 12 - Rééducation neurologique.
MPC 13 - Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse.
MPC 14 - Soins de nursing lourds.
MPC 15 - Education du patient et/ou de son entourage.
MPC 17 - Surveillance de la radiothérapie.
MPC 18 - Transfusion sanguine.
MPC 19 - Surveillance de grossesse à risque.
MPC 20 - Post partum physiologique / Retour précoce après accouchement.
MPC 21 - Post partum pathologique.
MPC 22 - Prise en charge du nouveau-né à risque.
MPC 24 - Surveillance d'aplasie.
MPC 25 - Prise en charge psychologique et/ou sociale.

Annexe II : Indice de KARNOFSKY (IK) :

L'indice de KARNOFSKY (42) est une échelle cotée de 0% à 100%. Elle permet de décrire l'état de santé global d'un patient et d'évaluer le niveau d'aide dont il aura besoin pour les actes de la vie quotidienne et de l'importance des soins médicaux nécessaires. L'IK est utilisé par les centres d'HAD pour évaluer le niveau d'autonomie et de dépendance des patients (43). Ceci permet de mettre en place les interventions suffisantes.

Cet indice est réévalué tout au long du séjour pour adapter la prise en charge en fonction de l'évolution clinique des patients.

Echelle résumée de l'indice de Karnofsky (44) :

Définition	Pourcentage	Critères cliniques
Capable de mener une activité normale et de travailler	100%	Normal, pas de plainte, pas de symptôme 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.
Incapble de travailler, capable de vivre à domicile 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 besoin, semi-autonome.
	50%	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome.
	40%	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers.
Incapble de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitalier ou l'équivalent	30%	Sévèrement handicapé, dépendant, requiert des soins et une assistance importante
	20%	Extremement malade, nécessite un soutien actif, absence totale d'autonomie.
	10%	Moribond, processus fatal progressant rapidement.
	0%	Décès

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

TITRE DE LA THESE : ETUDE DESCRIPTIVE DES CRITERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, MEDICAUX ET DES MOTIFS D'ADMISSION DES PATIENTS BENEFICIANT D'UNE HOSPITALISATION A DOMICILE SUITE A UNE PRESCRIPTION D'UN MEDECIN GENERALISTE LIBERAL DANS TROIS ETABLISSEMENTS DE BOURGOGNE

AUTEUR : CADOUX Clément

RESUME :

Introduction : L'hospitalisation à domicile (HAD) est un dispositif national mis en avant pour répondre aux évolutions du système de santé avec un rôle pivot des médecins généralistes. Or peu d'études évaluent leurs prescriptions et les caractéristiques des patients pour lesquels ils prescrivent une HAD. L'objectif principal est d'étudier les critères socio-démographiques, médicaux et les motifs d'admission des patients admis en HAD sur prescription d'un médecin généraliste libéral.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique, rétrospective, avec l'inclusion des patients admis en HAD suite à une prescription d'un médecin généraliste libéral entre le 01 janvier 2014 et le 31 décembre 2018 au sein de trois établissements d'HAD de Bourgogne.

Résultats : Au total 163 patients ont été inclus. Le taux de prescription des médecins généralistes était de 7.0%. Les prescriptions concernaient des patients âgés, avec un âge moyen de 80 ans. 88.3% avaient au moins 60 ans. Le lieu d'intervention était pour 68.7% situé en zone géographique urbaine et dans 54.6% des cas le domicile personnel. Les patients avaient un indice de Karnofsky moyen de 29%. Le motif de prise en charge principal était les soins palliatifs (64.4%) suivis des pansements complexes et soins spécifiques (17.2%) puis les transfusions sanguines (7.4%). 132 patients (81.0%) ont évité une hospitalisation conventionnelle.

Conclusion : Cette étude expose un état des lieux des critères de prescription d'HAD par les médecins généralistes libéraux au sein de trois établissements de Bourgogne, utile pour faire progresser ce dispositif.

MOTS-CLES : HOSPITALISATION A DOMICILE, MEDECIN GENERALISTE, PRESCRIPTION, INDICE DE KARNOFSKY, SOINS PALLIATIFS, PANSEMENTS COMPLEXES ET SOINS SPECIFIQUES, TRANSFUSION SANGUINE