

PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES PRISES EN CHARGE DE LEURS PATIENTS EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Inès Leung, Enrique Casalino, Dominique Pateron, Gilles Grateau, Elzbieta Garandeau, Matthieu de Stampa

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2016/4 Vol. 28 | pages 499 à 504

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-4-page-499.htm>

Pour citer cet article :

Inès Leung *et al.*, « Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile », *Santé Publique* 2016/4 (Vol. 28), p. 499-504.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile

Participation of general practitioners in the management of their "hospital at home" patients

Inès Leung¹, Enrique Casalino², Dominique Pateron¹, Gilles Grateau³, Elzbieta Garandeau³, Matthieu de Stampa⁴

➡ Résumé

Objectifs : L'hospitalisation à domicile (HAD) se développe en France et nécessite la participation des médecins généralistes pour la prise en charge de leurs patients. L'objectif de l'étude est d'identifier les incitatifs et les obstacles à la participation des médecins généralistes en HAD.

Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés au cours d'un focus groupe auprès de 12 médecins généralistes franciliens. Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous la forme de verbatims et l'analyse des données a utilisé la méthode de la théorie enracinée (Grounded Theory).

Résultats : Les médecins généralistes avaient une bonne connaissance des indications et des lieux d'intervention de l'HAD mais ils exprimaient des difficultés sur le circuit de la demande d'entrée. Les médecins généralistes identifiaient des difficultés de positionnement dans les prises en charge de leur patients mais améliorées par leur expertise clinique à domicile. Les médecins insistaient sur la complexité des soins à domicile mais ils pouvaient s'appuyer sur l'expertise du médecin coordonnateur et ils étaient demandeurs de formation.

Conclusions : Cette étude a identifié les incitatifs et les obstacles à la participation des médecins généralistes en HAD. Il apparaissait indispensable de simplifier le circuit de la demande d'entrée en HAD via la médecine de ville, de renforcer les incitations pour les visites à domicile et de soutenir les médecins généralistes dans les prises en charge des soins complexes.

Mots-clés : Hospitalisation à domicile ; Médecins généralistes ; Étude qualitative ; Participation.

➡ Summary

Objectives: Hospital at home (HAH) care is becoming increasingly popular in France and requires the involvement of general practitioners (GPs) in the care of their patients. The objective of this study was to identify the incentives and barriers to the involvement of general practitioners in HAH.

Materials and methods: A qualitative study was carried out using semi-structured interviews during a focus group with 12 GPs. All interviews were recorded and then transcribed verbatim and data analysis used the grounded theory method.

Results: General practitioners appeared to be familiar with the indications and places of care for HAH, but they highlighted the difficulties associated with the HAH request circuit. GPs identified difficulties determining their exact role in HAH, which were improved by their clinical expertise in home visits. Doctors stressed the complexity of home care, but they were assisted by the coordinating physician and they requested specific training.

Conclusion: We identified incentives and barriers to the participation of GPs in HAH. The request circuit needs to be simplified, home visits need to be strengthened and support must be provided to GPs in their management of complex care.

Keywords: Home-based care; General practitioners; Qualitative study; Involvement.

¹ Hôpital Saint-Antoine Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – 184 rue du Faubourg Saint-Antoine – 75012 Paris.

² Hôpital Bichat – Claude Bernard Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – 46 rue Henri Huchard – 75018 Paris.

³ Hôpital Tenon Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – 4 rue de la Chine – 75020 Paris.

⁴ Hospitalisation à Domicile (HAD) Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP), Unité Mixte de Recherche (UMR) 1168 INSERM, UVSQ – 14 rue Vésale – 75005 Paris.

Correspondance : M. de Stampa
matthieu.de-stampa@aphp.fr

Réception : 12/12/2015 – Acceptation : 24/06/2016

Introduction

Le développement de l'Hospitalisation à domicile (HAD) est récent en France avec la première structure créée en 1957 à l'AP-HP (Assistance publique hôpitaux de Paris). L'HAD devient en 1991 une alternative à l'hospitalisation [1] et une hospitalisation à part entière depuis 2009 [2]. Les missions de l'HAD sur le territoire national est « *d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée, mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Les patients pris en charge en HAD en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement* » [3]. Sur la dernière décennie, l'HAD a présenté une forte augmentation de son offre et on dénombre en 2014, 309 établissements (+ 140 %) pour 106 000 patients (+ 160 %) [4]. L'objectif des tutelles est de poursuivre et de renforcer ce développement avec un doublement capacitaire prévue d'ici 2018 pour atteindre 1,2 % des séjours hospitaliers totaux [5]. Au sein des HAD, les équipes sont pluridisciplinaires regroupant infirmières, sages-femmes, puéricultrices, aides-soignantes, assistantes sociales, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, psychologues et médecins coordonnateurs avec des interventions à domicile 24/24 heures et 7/7 jours. L'HAD est médicalisée depuis 1991 avec la mise en place de médecins coordonnateurs à l'interface des équipes hospitalières et du médecin généraliste qui reste le médecin prescripteur [6].

Le médecin généraliste est le pivot de la prise en charge médicale au niveau des soins primaires pour le patient et son entourage et il se coordonne avec l'ensemble des intervenants à domicile [2, 7]. Chaque citoyen français est fortement encouragé à choisir son médecin traitant qui est dans la plupart des cas un médecin généraliste afin de sécuriser les parcours de soins avec les médecins spécialistes [8]. Dans le cadre d'une prise en charge en HAD, le médecin généraliste est le responsable médical du suivi de son patient avec l'appui du médecin coordonnateur pour assurer la continuité des soins. C'est pourquoi, le rôle du médecin généraliste est central en HAD et sa participation dans la prise en charge de son patient est indispensable pour assurer la qualité des soins. Alors que les médecins généralistes vont être davantage sollicités par l'HAD compte tenu de la poursuite du développement de cette offre, nous disposons de peu de données concernant sa participation. Il est montré que la prescription d'HAD sur le territoire national reste majoritairement hospitalière (68 % des demandes en 2013) [9] *versus* les médecins généralistes et

ces derniers ont des difficultés pour participer dans des organisations territoriales comme les réseaux intégrés [10] et les HAD [11].

L'objectif de cette étude est d'identifier les incitatifs et les obstacles à la participation des médecins généralistes dans le suivi de leur patient en HAD. Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes franciliens ayant eu un patient en HAD. Cette étude doit permettre de mieux comprendre les relations entre les médecins généralistes et les HAD et d'aider à renforcer leurs liens afin de poursuivre le développement des soins hospitaliers à domicile.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative sur la participation des médecins généralistes en HAD car cette méthode fournit des explications plus riches sur le comment et le pourquoi des phénomènes à l'étude.

Échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude était composé de 12 médecins généralistes sur les départements de Seine Saint Denis et du Val d'Oise. Ils ont été contactés initialement par téléphone à partir d'un listing d'une amicale de médecins puis relancés une fois par courriel afin de confirmer leur présence. Ils ont été choisis car ils avaient tous une activité de médecine libérale (supérieure à 50 % de leur activité) et avaient eu un patient en HAD. Aucun professionnel n'a refusé de participer à l'étude. L'échantillon des médecins se composait de 58,3 % de femmes, 75 % avaient une activité de groupe avec

Tableau I : Descriptif de l'échantillon des médecins (N = 12)

Variables	
Sexe (femme), n, %	7 (58,3 %)
Moyenne d'années d'activités professionnelles	21,5
Activité en groupe (<i>versus</i> en solo), n, %	9 (75 %)
Visite à domicile (oui), n, %	11 (91,7)
Nombre de patients dans la clientèle, n, %	
< 1 000 patients	0 (0)
entre 1 000 et 2 000 patients	10 (83,3)
> 2 000 patients	2 (16,7)
Autres activités (EHPAD, hôpital, etc.), n, %	5 (41,7)

21,5 ans d'activité professionnelle en moyenne, 91,3 % faisaient des visites à domicile, 83,3 % suivaient entre 1 000 et 2 000 patients et 41,7% d'entre eux avaient une autre activité que la médecine libérale (tableau I).

Recueil des données

Le recueil qualitatif des données s'est déroulé sous la forme d'entretiens semi-dirigés au cours d'un focus groupe en avril 2015. Le focus groupe a été mis en place sur un lieu neutre, en dehors du lieu des professionnels et a duré deux heures. Le questionnaire pour les entretiens a été testé sur un entretien face-à-face ; il commençait par une question générale et a exploré plusieurs thèmes concernant le rôle du médecin généraliste au cours de la demande d'entrée en HAD et pendant le suivi de son patient. Il était rappelé en introduction aux participants qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses et il était attendu que les médecins partagent des points de vue différents. L'animateur, médecin de formation, était présent pour poser les questions et devait s'assurer que tout le monde s'exprime. Les enregistrements ont été anonymes.

Analyse des données

Les entretiens ont tous été enregistrés et entièrement retranscrits sous la forme de verbatim. Tous les verbatim ont fait l'objet d'un double-codage indépendant réalisé par deux chercheurs médecins afin d'identifier les thématiques émergentes et leurs liens [12]. Le codage et l'analyse des données ont utilisé l'approche de la théorie enracinée (*grounded theory*) dont le principe central est le retour constant à la comparaison entre les produits de l'analyse et les données empiriques [13]. Une grille d'analyse a été construite pour servir de base à l'analyse du corpus. La fréquence des thèmes abordés en entretien, les divergences et les convergences entre les différents participants et les associations de thèmes ont été étudiés.

Résultats

Les résultats de l'étude qualitative ont identifié les incitatifs et les obstacles à la participation des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients depuis l'entrée et au cours du suivi en HAD.

Bonne connaissance des indications et des lieux d'intervention de l'HAD mais des difficultés concernant le circuit de la demande d'entrée

La plupart des médecins généralistes ayant eu un patient en HAD connaissait bien les grandes indications de prises en charge des patients en HAD.

« ...Cancérologie, fin de vie, de soins palliatifs ... relais de soins antibiotiques... » « ...Ou en chirurgie, moi j'ai une patiente qui revenait d'Afrique et qui avait une plaie énorme, avec la moitié du pli qui manque et donc ils l'ont hospitalisée quinze jours et ensuite en HAD, suite de soins de l'hôpital... » « ...Ou respiratoires chez les enfants, les bronchiolites... ».

Les médecins généralistes étaient favorables pour renforcer les interventions de l'HAD dans les structures médico-sociales, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), afin de permettre à leurs patients de rester dans leur milieu de vie.

« L'EHPAD, elle n'a pas les moyens humains d'assurer les soins de fin de vie d'une patiente... du coup, t'as l'équipe d'HAD qui vient en support, qui les décharge d'un certain nombre de choses, après il faut aussi que l'équipe d'EHPAD accepte que le patient décède dans l'établissement ».

Les médecins généralistes étaient intéressés pour développer des entrées en HAD à la sortie des services d'accueil des urgences (SAU).

« Si on envisage une HAD, est-ce qu'on ne pourrait pas appeler les urgences en disant voilà je vous envoie ce patient, il a besoin d'être évalué, diagnostiqué, c'est en gros avoir une bio, avoir un bilan de base, un thorax... le patient est vu aux urgences sur un temps relativement court pour ça et rentre à la maison en HAD ? ».

Mais il existait des malentendus sur le circuit de la demande d'entrée en HAD car pour une partie des médecins généralistes, les demandes se feraient en relais d'une hospitalisation avec hébergement et non pas à partir des médecins de ville. Les médecins généralistes ont exprimé que l'HAD leur était souvent imposée.

« ... il faut qu'ils passent par la case hospitalisation, on ne peut pas le demander de nous-mêmes ».

« Je crois qu'actuellement l'HAD est plutôt subie qu'autre chose, ce n'est pas notre choix de faire de l'hospitalisation à domicile, ça nous est imposé par les hôpitaux ».

Pour les médecins généralistes qui ont voulu faire une demande d'entrée en HAD via la médecine de ville, ils ont exprimé des difficultés d'accès avec des démarches consommatrices de temps.

« Moi, personnellement, hier, je me suis dit, je vais essayer de le faire, j'ai regardé dans le 95 et j'ai eu un peu de mal ! », « galère ... inaccessible via la ville... chronophage ».

Difficultés de positionnement dans la prise en charge en HAD mais améliorées par l'expertise clinique des médecins à domicile

Pour le médecin généraliste, leur positionnement était souvent mal défini en l'occurrence concernant la coordination médicale, la transmission d'information et la prise de décision lié aux multiples intervenants médicaux.

« Est-ce que c'est nous-mêmes qui coordonnons tout ou est-ce que c'est avec l'aide du médecin coordonnateur ou le médecin hospitalier ? En fait, très souvent, on ne sait pas quel rôle on a exactement dans l'HAD. Quelles décisions prendre ? ».

« Est-ce qu'il faut toujours se référer au médecin coordonnateur ou au médecin hospitalier ? Ou nous prenons la décision nous-mêmes ? ».

Les médecins généralistes se considéraient comme des médecins sentinelles dans la prise en charge clinique de leurs patients en HAD en lien avec les soignants.

« Alors, moi, humblement, je pense qu'on a un rôle de sentinelle... On a un rôle de sentinelle puisque le patient a priori on le connaît, c'est le nôtre, le médecin coordonnateur, il ne va pas passer (à domicile) ; c'est nous qui passons à domicile, l'infirmière, elle nous sert d'alarme dans les pansements, s'il manque des choses etc. et nous, on va évaluer l'état du patient et on va être la sentinelle pour dire, là, ça va plus ! C'est ça notre rôle, est-ce qu'il peut rester à la maison ou est-ce qu'il ne peut pas rester à la maison ? ».

Une des conditions indispensables pour être le médecin généraliste d'un patient en HAD est d'être en capacité de faire des visites à domicile. Or, les médecins de l'étude insistaient sur le fait que cette activité était en baisse. Par ailleurs, ils demandent que cette visite à domicile soit mieux rémunérée.

« Le fait même de faire de moins en moins de visite pose le problème de l'hospitalisation à domicile, parce que ça suppose qu'on se déplace auprès du patient à domicile et la tendance actuelle des généralistes est d'en faire de moins en moins. Donc il y a un peu une contradiction dans ce qui nous est proposé, dans ce que veut mettre en place le service public, parce que l'HAD est actuellement très favorisée par les pouvoirs publics, mais ... on fait de moins en moins de visites ! ».

« La rémunération, c'est un point capital pour nous ! C'est un vrai incitatif ! », « On va aborder certainement le problème de la rémunération de l'HAD qui à mon sens est un frein énorme ! ».

Complexité des soins à domicile mais appui du médecin coordonnateur et développement nécessaire de formation

Certains médecins pointaient la difficulté de gestion des soins complexes à domicile tels que les pompes à morphine,

les nutriments parentéraux qui limiteraient leur recours direct à l'HAD surtout quand il n'y avait pas de référent hospitalier identifié en appui.

« Moi je ne sais pas gérer une pompe à morphine ! », « Pareil la nutrition parentérale... C'est pour ça aussi le problème, si c'est nous-mêmes qui l'hospitalisons mais sans avoir d'interlocuteurs hospitaliers, gérer tout seul, c'est compliqué... ».

Selon les médecins généralistes, le travail en équipe avec le médecin coordonnateur de l'HAD était essentiel et nécessitait une bonne communication et un partage des connaissances pour une prise en charge de qualité.

« Moi je trouve qu'il (le médecin coordonnateur) était utile parce que je me souviens bien d'un patient qu'on a suivi et en fait, on s'articulait bien tous les deux parce qu'il était bien meilleur que moi justement en morphine et du coup, il me donnait des idées, il me disait quoi faire, donc à nous deux, je trouve qu'on a bien géré la chose, c'était pas mal... ».

« Ce qui est très important dans l'HAD c'est qu'on puisse communiquer, moi j'avais plutôt l'impression qu'il pouvait nous décharger d'une certaine quantité de boulot notamment de prescription de morphine, de pompe, de ceci, de cela... C'était plutôt d'une grande aide !... Excellente communication, on a l'impression de bosser en équipe ».

Les médecins généralistes étaient demandeurs d'une formation sur les prises en charge en HAD et en particulier sur les soins complexes.

« Je crois que nous n'avons pas la formation pour l'HAD, les choses ont évolué et nous n'avons pas de mise à jour des connaissances », « Je pense qu'en fonction des critères d'admission en HAD, on peut en fait avoir des thèmes et à partir de ces thèmes, faire une formation trois fois dans l'année : la nutrition entérale, les plaies... ».

Discussion

Nos résultats montrent que les indications d'entrée en HAD apparaissent connues des médecins généralistes qui proposent un renforcement des interventions en EHPADs et aux sorties des SAU mais ils mettent en avant des difficultés liées au circuit de la demande. Les médecins généralistes identifient que leur positionnement n'est pas clair au cours de la prise en charge de leurs patients en HAD mais qu'il serait amélioré par les visites à domicile qui doivent être mieux rémunérées. Les médecins insistent sur la difficulté de la gestion des soins complexes à domicile mais ils peuvent s'appuyer sur l'expertise du médecin coordonnateur et sont demandeurs de formations.

Les médecins généralistes mettent en avant, non pas une méconnaissance des indications en HAD mais un circuit de la demande *via* la médecine de ville qui est peu opérationnel. Il est montré dans une thèse de médecine récente que les demandes d'entrée en HAD venant des médecins généralistes étaient à une très large majorité en adéquation avec les indications de prise en charge [14]. Concernant le circuit de la demande, il existerait d'une part une ignorance par certains médecins de la possibilité de pouvoir prescrire une HAD directement de la ville. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les médecins généralistes sont autorisés à prescrire une HAD que depuis deux décennies et cette méconnaissance est entretenue par la surreprésentation des prescriptions hospitalières. C'est pourquoi, l'HAD est souvent vécue comme l'aval d'une hospitalisation avec hébergement et non pas comme une perspective à envisager *via* la médecine de ville. D'autre part, le circuit de la demande apparaît complexe pour les médecins généralistes avec des lourdeurs administratives et des difficultés d'accès. Il a été montré que les médecins avaient du mal avec les démarches administratives et en particulier en HAD [15] et que cela allait à l'encontre de leurs pratiques professionnelles centrées sur les soins [16]. C'est pourquoi, il est important de simplifier les demandes d'HAD pour la médecine libérale car le médecin généraliste est souvent seul à la différence des médecins hospitaliers qui peuvent s'appuyer sur une équipe. Le renforcement du recours en EHPAD et le développement de la filière SAU-HAD apparaissent aussi comme des perspectives novatrices pour augmenter les demandes *via* la médecine de ville. Les interventions en EHPAD ont été mises en place depuis 2007 et nécessitent de bien définir qui fait quoi entre l'EHPAD et l'HAD. Pour les interventions de l'HAD au sortie du SAU, elles sont très peu développées en France alors qu'il est montré que cette organisation est fortement encouragée dans d'autres systèmes de santé et a montré des résultats encourageants en termes de paramètre de santé et d'utilisation des ressources [17].

Le médecin généraliste considère que sa position n'est pas claire au cours de la prise en charge de son patient en HAD. Ce résultat peut s'expliquer par sa position « passive » *versus* le médecin prescripteur hospitalier. Il est évident qu'un médecin actif dans la démarche de sollicitation d'une HAD aura un positionnement plus affirmé dans la prise en charge de son patient par la suite. Par ailleurs, il est nécessaire de clarifier la place du médecin généraliste, du médecin hospitalier et du médecin coordonnateur au cours du suivi en HAD. Même si les médecins généralistes mettent en avant l'apport positif du travail collaboratif au sein de l'équipe d'HAD, ils peuvent éprouver des difficultés à

trouver leur place avec des difficultés de communication [15,18]. L'intervention clinique du médecin généraliste au domicile de son patient apparaît aidante en termes de renforcement de son positionnement. Il est montré que le médecin généraliste veut se recentrer sur son rôle clinicien et préfère transférer l'activité de coordination vers le support infirmier [19]. Mais un des obstacles à la participation des médecins généralistes en HAD est leur disponibilité décroissante pour faire des visites à domicile. Dans une enquête réalisée auprès de médecins généralistes franciliens en 2005, ils déclaraient réaliser 16 visites par semaine d'une durée de 41 minutes (*versus* 18 minutes pour une consultation en cabinet) et pour 60 % d'entre eux, la visite à domicile était perçue comme une contrainte [20]. Par ailleurs, une meilleure rémunération de la visite à domicile est sollicitée par les médecins et pourrait les inciter à poursuivre cette activité [15]. Le développement des visites à domicile est indispensable pour garantir une qualité des soins identiques chez les patients qui ne peuvent plus se déplacer de leur domicile [21].

Les médecins généralistes insistent sur la difficulté pour gérer les soins complexes à domicile. Le développement de l'HAD s'accompagne d'un accroissement de la complexité des soins qui y sont prodigués avec en particulier le transfert de protocoles hospitaliers à domicile [22]. Il est montré aussi que les demandes d'HAD *via* les médecins généralistes concernent souvent des patients âgés polypathologiques et en soins palliatifs [14]. C'est pourquoi, la présence du médecin coordonnateur en appui du médecin généraliste est largement valorisée par ce dernier. Il est montré que le médecin coordonnateur est un soutien pour le médecin généraliste et permet aussi de sécuriser les parcours des patients entre la ville et l'hôpital [23]. C'est pourquoi, la poursuite de la médicalisation de l'HAD est nécessaire pour apporter de l'expertise sur les soins complexes aux médecins généralistes et pour faire le lien avec les services hospitaliers. Il est important de construire ce lien entre le médecin généraliste et le médecin coordonnateur sur la durée d'autant plus que ce dernier peut être amené à se substituer au médecin généraliste si ce dernier est indisponible. Cela pourra diminuer à terme le vécu chronophage de l'intervention du médecin auprès de son patient suivi en HAD [14, 15, 18]. Par ailleurs, les médecins généralistes sont demandeurs de davantage de formation sur la prise en charge des soins complexes à domicile et l'HAD pourrait être le lieu pour organiser ce type d'intervention. C'est pourquoi, l'HAD a une place de choix pour accompagner le renforcement des soins de première ligne et accompagner le transfert de compétences.

Mais notre étude présente quelques biais. En effet, il existe des biais de sélection puisque notre échantillon est limité aux départements de Seine Saint Denis et du Val d'Oise avec des médecins ayant eu au moins un patient en HAD. Cela explique la forte proportion de médecins qui déclarent faire des visites à domicile mais cette sélection a permis d'évaluer leurs retours d'expériences avec l'HAD. Par ailleurs, l'échantillon est limité en nombre mais il est largement suffisant pour réaliser un focus groupe. Enfin, le focus groupe ne permet pas de faire de liens entre les pratiques des médecins et leurs réponses. Mais la démarche du focus groupe augmente les interactions entre les participants et la qualité des données produites.

Conclusions

Nous avons pu identifier les incitatifs et les obstacles à la participation des médecins généralistes en HAD. Il apparaît nécessaire de simplifier le circuit des demandes à partir de la ville, de favoriser les visites à domicile et de soutenir les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients avec des soins complexes. Renforcer la participation des médecins généralistes en HAD est indispensable et conditionnera la poursuite du développement de cette offre de service à domicile afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

- République Française. Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Paris, 1991.
- République Française. Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Paris, 2009.
- Ministère de la santé. Circulaire N° DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (HAD). Paris, 2006.
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). Rapport d'activité 2014. Paris : FNEHAD ; 2014.
- Ministère de la santé. Circulaire N° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Paris, 2013.
- Ministère de la santé. Décret 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Paris 1992.
- Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med.* 2005;142(8):700-8.
- République Française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Paris, 2004.
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). Rapport d'activité 2013. Paris : FNEHAD ; 2013.
- de Stampa M, Vedel I, Henrard JC, Bergman H, Novella JL, Lapointe L: The participation of primary care physicians in integrated health services network : United States experiences. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2007;55(6):401-12.
- 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 de médecins du Sud meusien. Thèse de médecine générale, Faculté de Nancy (France), mai 2010.
- Larsson R. Case survey methodology: quantitative analysis of patterns across case studies. *The Academy of Management.* 1993;36(6):1515-46.
- Strauss ACJ. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Theory.* 2nd edition. Thousand Oaks (USA):Sage;1998.
- Derache C. Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont-ils recours à une hospitalisation à domicile ? Thèse de médecine générale, Faculté de Lille (France), 2014.
- Crotet R, Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile. Thèse de médecine générale, Faculté de Grenoble (France), 2011.
- Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R, Dixon P. Teams and seams: Skill mix in primary care. *J Adv Nurs.* 1998;28:1120-6.
- Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Liffie S, Langhorne P, *et al.* Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21.
- Birague-Cavallie E. Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins generalists du Tarn-et-Garonne. Thèse de médecine générale, Faculté de Toulouse (France) ; mars 2015.
- de Stampa M, Vedel I, Bergman H, Novella JL, Lapointe L. Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks: Incentives, barriers, and guidelines. *BMC Health Serv Res.* 2009;9(48).
- Union régionale des médecins libéraux (URML) d'Ile-de-France. La visite à domicile chez les médecins franciliens en 2005. <www.urml-idf.org/upload/etudes/etude>.
- Wajnberg A, Wang KH, Aniff M. Hospitalizations and skilled nursing facility admissions before and after the implementation of a home-based primary care program. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:1144-7.
- Chevalier LB, Marquestaut O, Lukacs B, de Stampa M. 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.* 2015;27(2).
- Vedel I, de Stampa M, Bergman H, Ankri J, Cassou B, Mauriat C, *et al.* A novel model of integrated care for the elderly: COPA, Coordination of Professional Care for the Elderly. *Aging Clin Exp Res.* 2009;21:414-23.