



Études et Résultats

N° 753 • février 2011

Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile

Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions
françaises

La cinquième vague du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) portait à l'été 2009 sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et sur l'hospitalisation à domicile (HAD).

Neuf médecins interrogés sur dix sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP, pour tous ou certains de leurs patients atteints de maladie chronique (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires). Les trois quarts des praticiens se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptées. Une majorité accepterait aussi de les déléguer à des professionnels non médicaux formés.

L'hospitalisation à domicile est un dispositif apprécié des médecins interrogés, même si 55 % d'entre eux indiquent que ce service n'est pas présent dans leur zone d'exercice. Un tiers des généralistes du panel ont prescrit une HAD au cours des 12 derniers mois, plus souvent ceux qui adhèrent à un réseau de santé et se réfèrent aux recommandations de bonne pratique. Neuf praticiens sur dix se disent satisfaits de la qualité de la prise en charge, les autres invoquant notamment la lourdeur des démarches administratives.

Alain PARAPONARIS^{1,3,4}, Marc-André GUERVILLE², Sandrine CABUT¹, Yolande OBADIA^{1,3}, Pierre VERGER^{1,3}

1. Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France ; 2. Union régionale des médecins libéraux de PACA, Marseille, France ; 3. INSERM, U912 (SE4S), Marseille, France ; 4. Université Aix-Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille, France.

Remerciements à tous les médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer au panel.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

LA LOI «Hôpital, patients, santé et territoires» (HPST) du 21 juillet 2009 comporte plusieurs dispositions visant à améliorer la prise en charge des patients. Deux dispositifs relatifs à l'organisation de la prévention et des soins y sont mis en avant : l'éducation thérapeutique des patients (ETP) et l'hospitalisation à domicile. Les médecins généralistes, en tant que médecins traitants, sont particulièrement concernés par ces deux dispositifs.

La cinquième vague du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice (Aulagnier *et al.*, 2007), réalisée en juin 2009, a permis d'interroger 1 900 médecins généralistes, installés dans cinq régions (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire).

L'éducation thérapeutique des patients

En France, près de 15 millions de personnes souffrent de pathologies chroniques et 200 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année (Jacquat, 2010). L'éducation thérapeutique du patient (ETP) encourage les malades à adopter des comportements susceptibles de préserver voire d'améliorer leur qualité de vie : il peut s'agir, par exemple, d'acquérir des connaissances nutritionnelles pour les personnes en surpoids ou obèses ou des savoir-faire techniques comme l'autocontrôle de la glycémie pour les patients diabétiques. Un soutien psychosocial peut aussi s'avérer nécessaire. La récente loi HPST a mis l'accent sur cette mission éducative des professionnels de santé, qu'elle soit directement réalisée ou seulement supervisée par les médecins généralistes (encadré 1).

Neuf médecins généralistes sur dix sont favorables à l'éducation thérapeutique des malades chroniques

Pour la Haute autorité de santé (HAS), peut bénéficier d'une éducation thérapeutique « toute personne ayant une maladie chronique, enfant, adolescent ou adulte, quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie » (HAS, 2007). S'il le sou-

haite, l'entourage peut également prendre part à cette « formation ».

Neuf médecins généralistes du panel sur dix sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP, pour tous ou certains de leurs patients atteints de maladie chronique (diabète, obésité ou maladies cardiovasculaires). Parmi eux, quelle que soit la région concernée, 80% considèrent que tous leurs patients atteints de maladies chroniques devraient en bénéficier, tandis que 20% pensent qu'il faut cibler l'ETP sur les patients qui doivent changer leur comportement de santé (94%) ou qui ont des problèmes d'observance (90%) (tableau 1).

Seul un médecin sur dix déclare ne pas être favorable à ce que ses patients atteints de maladie chronique bénéficient d'une ETP. On trouve parmi eux plus d'hommes (11% contre 7% des femmes), de praticiens exerçant en zone rurale (12% contre 9% de médecins exerçant en zone urbaine ou périurbaine) et de médecins âgés (13% des 53 ans ou plus contre 7% des médecins de 45-52 ans et 6% des moins de 45 ans).

Les raisons conduisant ces médecins généralistes à ne pas préconiser l'ETP ne sont pas liées à un moindre investissement personnel dans la formation médicale continue ou l'évaluation des pratiques professionnelles. 63% de ces médecins considèrent que les patients qui auraient besoin d'une ETP ne seront pas réceptifs à des méthodes d'apprentissage ; 42% ne connaissaient pas les résultats des actions d'ETP existantes et 34% ont déclaré que les patients sont déjà suffisamment formés à la prise en charge de leur pathologie et qu'il n'est pas nécessaire de les sensibiliser davantage (tableau 2). Il n'existe aucune différence régionale significative pour chacun des motifs proposés.

Les structures d'ETP sont plutôt mieux identifiées par les médecins qui exercent en milieu rural et sont impliqués dans des réseaux de soins

Deux médecins du panel sur trois signalent l'existence d'une structure proposant des actions d'ETP dans leur zone d'exercice. Les disparités régionales sont cependant significatives

ENCADRÉ 1

Dispositions générales et légales prévues pour l'éducation thérapeutique des patients

La charte d'Ottawa, établie lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986, stipule que « l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquiescer et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'autogestion et de soutien psychologique [...]. Elle vise à aider les patients et leur famille (ou entourage) à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie ».

En France, l'ETP s'est développée dans le courant des années 1980, d'abord à l'hôpital, puis en ville. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a instauré un cadre légal formel pour sa mise en œuvre. L'article 84 établit ainsi que l'ETP « s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ». Les programmes d'apprentissage sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et leur mise en œuvre est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

Les agences régionales de santé (ARS) auront un rôle déterminant dans la mise en place de l'éducation thérapeutique, tant au niveau de la planification et de l'évaluation des programmes qu'au niveau de leur financement. Tous les professionnels et acteurs de santé engagés dans la prise en charge de patients atteints d'une maladie chronique sont concernés par l'ETP, à des degrés divers (liste fixée dans l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient).

TABLEAU 1

Patients qui devraient bénéficier d'un programme d'ETP d'après les médecins généralistes interrogés (en %)

	Basse-Normandie (n = 194)	Bourgogne (n = 259)	Bretagne (n = 378)	Pays de la Loire (n = 434)	Provence-Alpes-Côte d'Azur (n = 574)
Aucun patient*	12	8	12	9	9
Tous ou certains patients atteints de maladie(s) chronique(s)*	88	92	88	91	91
Tous les patients atteints de maladie(s) chronique(s)**	78	77	79	79	86
Certains patients seulement**, dont :	22	23	21	21	14
– les patients qui ont des problèmes d'observance	89	81	94	94	89
– les patients qui ont un traitement complexe	78	72	79	73	77
– les patients qui ont besoin de changer leurs comportements liés à la santé	89	87	96	96	96
– les patients dont la famille/entourage doit être associé à la prise en charge	76	85	87	85	88

Champ • * Ensemble des médecins généralistes interrogés.

** Médecins généralistes estimant que certains ou tous leurs patients devraient bénéficier d'une ETP.

Sources • DREES, URML, FNORS, Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, juin-sept. 2009.

TABLEAU 2

Raisons pour lesquelles certains médecins ne préconisent pas de programme d'ETP à leurs patients atteints d'une maladie chronique (en %)

	Basse-Normandie (n = 24)	Bourgogne (n = 20)	Bretagne (n = 45)	Pays de la Loire (n = 39)	Provence-Alpes-Côte d'Azur (n = 51)
Les patients qui en auraient besoin ne seront pas réceptifs à des méthodes d'apprentissage	50	78	66	50	70
Les démarches d'éducation sont trop compliquées à expliquer aux patients	35	35	21	30	35
L'ETP n'est pas nécessaire	33	15	30	32	35
On n'a aucune connaissance des résultats des actions d'ETP existantes	32	58	54	35	34
Je ne sais pas précisément en quoi consiste l'ETP	29	35	19	24	12
Les patients sont déjà suffisamment formés à la prise en charge de leur pathologie et il n'est pas nécessaire de les sensibiliser davantage	22	35	43	32	33
On ne sait pas à qui adresser les patients pour la réalisation de l'ETP	21	50	34	29	28

Champ • Médecins déclarant que leurs patients atteints d'une maladie chronique ne devraient pas bénéficier d'un programme d'ETP, soit 10 % des médecins du panel.

Sources • DREES, URML, FNORS, Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, juin-sept. 2009.

(52 % en PACA, 69 % en Bretagne, 69 % dans les Pays de la Loire, 72 % en Bourgogne et 78 % en Basse-Normandie). Ces écarts reflètent certainement des différences de maillage du territoire, mais également une visibilité inégale de ces structures. Jusqu'en 2010, les rares recensements des structures proposant des activités d'ETP, réalisés par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ou les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), se limitaient à un nombre restreint de pathologies (Baudier *et al.*, 2007) et se heurtaient à de faibles taux de réponse pour certains types de structure (HAS, 2007). Ces recensements ont toutefois mis en évidence une large prédominance de ces structures dans le secteur hospitalier. Dans le secteur ambulatoire, l'ETP est réalisée dans les centres de santé, les centres d'examen de santé ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Dans le secteur libéral, l'ETP constitue une mission assumée par les réseaux de santé (Grenier *et al.*, 2007). Dans la région PACA par exemple, les treize réseaux financés par la mission régionale de santé (MRS) réalisaient des actions d'ETP (ARH PACA, 2010).

Par ailleurs, les médecins généralistes exerçant en zone urbaine ou périurbaine déclarent moins souvent connaître l'existence d'une telle structure dans leur zone d'exercice que leurs confrères travaillant en zone rurale (64 % contre 69 %). Ce résultat peut pour partie dépendre de l'implication des médecins généralistes dans les réseaux de soins (Bournot *et al.*, 2008), le risque de maladie chronique étant accru chez des patients qui, en

milieu rural, sont en moyenne plus âgés et moins mobiles qu'en milieu urbain (Fivaz et Laidier, 2001). De même, les médecins généralistes exerçant en milieu urbain et périurbain recourent moins souvent à l'ETP que leurs homologues exerçant en milieu rural : respectivement 69 % contre 73 % ont adressé au moins un patient dans une structure pratiquant l'ETP dans les six mois ayant précédé l'enquête.

Les trois quarts des médecins généralistes se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes l'ETP

Plus des trois quarts des médecins interrogés (78 %) se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet, avec une formation et une rémunération adaptées (82 % des médecins de la région PACA et 68 % des médecins de Basse-Normandie). Cette proportion est plus forte chez les médecins généralistes de moins de 45 ans (82 %), ceux qui adhèrent à un réseau de soins ou de santé (81 %), ceux qui réalisent moins de 80 actes par semaine (80 %) et enfin chez ceux qui se disent confiants dans la capacité des généralistes formés à réaliser une ETP (97 %). En revanche, la réalisation d'une action d'ETP varie peu selon la pyramide des âges de la patientèle, y compris quand on observe la part des personnes âgées de 60 ans ou plus.

Les médecins généralistes sont favorables à la délégation de l'ETP à d'autres professionnels de santé

L'ETP est aujourd'hui prise en charge par une multiplicité d'acteurs, au premier rang desquels l'hôpital et

les professionnels libéraux de santé. Or selon un rapport récent de la HAS, l'un des enjeux liés à la diffusion de l'ETP réside dans la coordination des interventions et dans la formation de ses protagonistes (HAS, 2007). Pour les médecins généralistes interrogés, les professionnels les plus à même de réaliser des actions d'ETP sont, par ordre décroissant : des médecins généralistes formés (94 %), des professionnels libéraux non médicaux formés (79 %), des médecins spécialistes formés (79 %), un réseau de santé ou une association de professionnels de santé (75 %), une équipe hospitalière formée (75 %), un dispositif proposé par l'assurance maladie (38 %), un dispositif proposé par d'autres organismes (assurances, mutuelles, etc.) (24 %).

Parmi les praticiens adhérant à un réseau de soins ou de santé, une part importante de médecins généralistes se déclarent prêts à réaliser eux-mêmes des actions d'ETP dans leur cabinet. Ce constat suggère que l'inscription des médecins dans des contrats de santé publique¹ pourrait favoriser leur implication dans l'ETP. Cela ne signifie pas pour autant que les médecins sont attachés à un modèle exclusif d'organisation de l'ETP. Ainsi une majorité de médecins généralistes (huit sur dix) se déclarent prêts à déléguer l'ETP à des professionnels non médicaux formés, ce qui ouvre des perspectives intéressantes dans un contexte de tension sur l'offre de soins médicaux. Les expérimentations réalisées dans le domaine de la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques² révèlent d'ailleurs une amélioration de la prise en charge lorsque les médecins prescripteurs délèguent les activités d'ETP à des professionnels soignants (Bourgueil *et al.*, 2008). En revanche, les praticiens interrogés semblent moins enclins à déléguer des actions d'ETP à des assureurs, qu'il s'agisse de l'assurance maladie, des assureurs complémentaires privés ou mutualistes³.

Sept généralistes sur dix se déclarent prêts à se former à l'ETP

Diverses formations sont proposées pour sensibiliser ou spécialiser les médecins aux actions d'ETP (encadré 2). Sept médecins généralistes

1. Ces contrats sont des accords conventionnels conclus entre l'assurance maladie et les médecins généralistes après avis favorable de la HAS, pour sensibiliser ces médecins à la sécurité, la qualité ou l'efficacité de leurs pratiques.
2. Par exemple le programme Asalée (Action de santé libérale en équipe) qui associe 41 médecins généralistes et 8 infirmières dans le département des Deux-Sèvres.
3. Les médecins et les patients s'étaient pourtant déclarés satisfaits lors des expérimentations conduites en milieu rural par la Mutualité sociale agricole (Coordination libérale pluriprofessionnelle en santé-CLIPS) pour la prise en charge du diabète et de l'hypertension par l'assurance maladie à travers le programme Sophia conduit dans dix départements de France métropolitaine et un département d'outre-mer (la Réunion) et auquel ont participé plus de 7 000 médecins traitants et plus de 50 000 patients diabétiques.

ENCADRÉ 2

Formation des médecins à l'éducation thérapeutique des patients (ETP)

L'enseignement de l'ETP lors de la formation initiale des médecins est très variable, que ce soit dans ses objectifs, ses contenus ou encore ses modalités pédagogiques. Les étudiants en médecine sont le plus souvent confrontés aux modalités de l'ETP au cours de leurs stages en diabétologie ou en pneumologie.

Toutefois, depuis 2008, deux niveaux de formation ont été mis en place pour sensibiliser les médecins aux notions d'ETP :

- une première formation de 80 heures donnant lieu à l'obtention d'un certificat ;
- une seconde formation de type master d'environ 400 heures par an.

Les diplômes universitaires (DU) peuvent également être suivis par les généralistes souhaitant obtenir des compétences en matière d'ETP.

interrogés sur dix se déclarent intéressés par une formation sur la mise en pratique de l'ETP en cabinet (74 % pour les praticiens des Pays de la Loire, 72 % pour ceux de la région PACA et de Bretagne contre 66 % pour ceux de Bourgogne et 65 % pour ceux de Basse-Normandie). Parmi ces médecins, on trouve davantage de praticiens de moins de 45 ans (79 % contre 65 % pour les médecins de 53 ans ou plus) et de médecins ayant suivi une formation médicale continue au cours des douze derniers mois (73 % contre 60 % pour ceux n'en ayant pas suivi). En revanche, la charge de travail des médecins, mesurée à l'aide du nombre annuel d'actes réalisés (consultations et visites), ne paraît pas associée à l'intérêt des médecins généralistes pour une formation à l'ETP. Une compensation financière semblerait efficace pour inciter les médecins généralistes à participer à de telles sessions de formation : si moins de 40 % se disent prêts à participer à une journée de formation en l'absence d'indemnisation, 66 % le seraient avec une indemnisation de 176 euros (8 consultations au moment de l'enquête) et 83 % avec une indemnisation de 500 euros (23 consultations au moment de l'enquête).

Hospitalisation à domicile : connaissances, motivations et freins à la prescription par les médecins généralistes libéraux

L'hospitalisation à domicile (HAD, encadré 3) a de multiples missions, parmi lesquelles l'amélioration du confort du patient ou encore la dispensation de soins paramédicaux continus et coordonnés au domicile du malade pour une période limitée.

Les médecins généralistes très favorables à l'HAD

Les missions de l'HAD qui intéressent le plus les médecins généralistes sont la coordination de soins continus et complexes (92 %), la prise en charge des patients 24 heures sur 24 (87 %), la délivrance ou le portage de médicaments au patient (69 %) et la prise en charge des patients de plus de 60 ans (58 %).

Près de la moitié des médecins généralistes interrogés (46 %) déclarent

pouvoir réaliser eux-mêmes quelques-unes des missions de l'HAD, un quart (24 %) déclarent pouvoir en réaliser la plupart, 10 % l'ensemble et 20 % ne se prononcent pas. En moyenne, 43 % des médecins généralistes considèrent qu'une partie de leur activité pourrait être réalisée dans le cadre de l'HAD (47 % des praticiens de Bourgogne et de Basse-Normandie et 37 % des généralistes des Pays de la Loire). Les hommes (45 % contre 39 % des femmes) et les médecins exerçant en cabinet de groupe (46 % contre 41 % de ceux exerçant en cabinet individuel ou de façon autre) sont plus nombreux à partager cette opinion.

Pour 72 % des médecins, l'HAD serait susceptible de prendre en charge une partie des hospitalisations

classiques. Dans l'organisation générale du dispositif, 73 % des répondants considèrent que la place des médecins hospitaliers dans la décision médicale est importante. Les mesures récentes en faveur de l'HAD prises dans la loi HPST de 2009 semblent ainsi recevoir l'assentiment de la majorité des généralistes de ville.

Un tiers des généralistes du panel ont déjà adressé un patient aux services d'HAD

Deux tiers des médecins ont déclaré qu'au moins un de leur patient avait déjà bénéficié de l'HAD, avec des écarts significatifs entre les régions (62 % en Bourgogne, 65 % dans les Pays de la Loire et en Bretagne, 70 % dans la région PACA et 75 % en Basse-Normandie). Au cours des

ENCADRÉ 3

La loi HPST et l'HAD

Le premier service d'hospitalisation à domicile (HAD) a été créé en 1957 au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP). La loi hospitalière du 30 décembre 1970 a légalisé l'existence des services d'HAD, dont les règles de fonctionnement ont ensuite été fixées par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en 1974. Par la suite, plusieurs décrets et circulaires sont venus compléter la réglementation, notamment sur les modes de prise en charge des patients.

Les structures d'HAD sont des établissements d'hospitalisation sans hébergement soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics : sécurité et qualité de soins, certification par la Haute autorité de santé (HAS), continuité des soins 24 heures sur 24, lutte contre les infections nosocomiales, etc. L'HAD concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé. L'objectif est d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. Les établissements d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (Afrite *et al.*, 2009a). L'admission en HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale et doit recueillir l'accord explicite du patient ou de son représentant et du médecin traitant.

En 2009, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM), près de 3,3 millions de journées d'HAD ont été recensées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), soit près de 140 000 séjours, alors que, la même année, 23,8 millions de séjours étaient recensés dans les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

La loi HPST du 21 juillet 2009 vise à rendre plus visible l'HAD dans le paysage sanitaire français à travers deux orientations majeures :

- faire reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et non comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle ;
- préciser la notion de domicile qui peut être soit le lieu de résidence ordinaire du patient, soit un établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles.

Par ailleurs, la loi HPST assouplit certaines des règles de fonctionnement et d'organisation de l'HAD, concernant notamment la circulation des médicaments ou encore la rémunération des professionnels paramédicaux libéraux.

douze mois précédant l'enquête, 36 % des médecins interrogés ont orienté au moins un patient vers les services d'HAD et c'est le cas de 55 % des médecins ayant un service d'HAD dans leur secteur d'exercice.

Toutes choses égales par ailleurs (tableau 3), la prescription d'une HAD lorsqu'un tel service existe dans la zone d'exercice des médecins généralistes concerne moins les médecins de sexe féminin et les médecins de la région PACA comparativement à leurs confrères des Pays de la Loire. En revanche, il n'y a pas de lien apparent avec l'âge ou le type de la zone d'exercice du médecin. L'utilisation des recommandations de bonne pratique (RBP) de la HAS ou la consultation des sites de la HAS ou de l'Afssaps pour les prescriptions ou la prise en charge des patients, de même que l'adhésion à des réseaux de soins, semblent encourager les médecins généralistes à recourir à l'HAD. Enfin, le recours à l'HAD varie selon le nombre d'actes et la part des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la patientèle : un médecin qui a un

volume d'activité plus important a en effet plus de chances de recevoir en consultation un patient pouvant relever de l'HAD, *a fortiori* lorsque l'âge du patient correspond à celui de la population ciblée par le dispositif.

Finalement, quand les généralistes ont la possibilité d'adresser leurs patients dans un service d'HAD, le recours effectif dépend en partie de caractéristiques propres aux médecins, dont l'adhésion à des réseaux de santé, l'utilisation de RBP ou de sites officiels, reflétant certaines habitudes de pratiques collaboratives ou conformes aux recommandations de prise en charge. Pour d'autres aspects, le recours à l'HAD dépend de facteurs en partie exogènes, comme la pyramide des âges de leur patientèle, surtout chez les hommes médecins (Afrite *et al.*, 2009b) ou le volume des demandes qui leur sont adressées. Le moindre recours des femmes médecins à l'HAD peut être l'expression d'une réticence plus forte de leur part face à ce mode de prise en charge dont les praticiens de ville maîtrisent moins aisément les procédures et les

risques associés par comparaison à une hospitalisation classique.

Les considérations de confort et de qualité des soins priment

Le confort du patient est le motif le plus fréquemment cité par les généralistes pour justifier l'envoi de leur dernier patient dans un service d'HAD (95 %), suivi de la sécurité du patient (83 %), de la qualité de la prise en charge en HAD (82 %) et de la possibilité de continuer à le suivre (81 %). Seuls 45 % des médecins interrogés ont cité l'économie de coûts pour l'assurance maladie ; parmi eux, les généralistes âgés de moins de 45 ans (17 %) sont sous-représentés et les généralistes de 53 ans ou plus (47 %) surreprésentés.

Les généralistes se disent très satisfaits de la qualité de prise en charge de leur patient, moins de leur rémunération

Pour le dernier patient adressé en HAD, 93 % des praticiens déclarent que l'HAD a répondu à leurs attentes, parmi lesquels 49 % déclarent avoir été

■ TABLEAU 3

Facteurs associés au fait d'avoir adressé un de ses patients dans un service d'HAD au cours des douze derniers mois

	Odds-ratio	Significativité
Sexe		
Homme	1	
Femme	0,69	0,021
Âge		
Moins de 45 ans	1	
Entre 45 et 52 ans	0,93	0,776
53 ans et plus	0,8	0,196
Zone d'exercice		
Rurale	1	
Urbaine ou périurbaine	1,12	0,52
Région		
Pays de la Loire	1	
PACA	0,65	0,037
Bourgogne	0,94	0,464
Bretagne	0,69	0,165
Basse-Normandie	0,95	0,419
Utilise les RBP ou consulte les sites de la HAS ou de l'Afssaps pour les prescriptions ou la prise en charge des patients		
Non	1	
Oui	1,45	0,03
Nombre annuel d'actes (pour 1 000 actes)		
	1,07	0,05
Adhérent d'un réseau de santé ou de soins		
Non	1	
Oui	1,29	0,065
Part de la patientèle de 60 ans ou plus en 2008 (pour chaque point de %)		
	1,03	<0,001

Note. Test d'Hosmer et de Lemeshow : $p = 0,61$. Pourcentage de paires concordantes : 62,3%. Régression logistique multiple variable expliquée : au moins une prescription d'HAD.

Champ • Médecins ayant fait au moins une prescription d'HAD au cours des douze derniers mois.

Sources • DREES, URML, FNORS, Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, juin-sept. 2009.

correctement rémunérés pour les démarches qu'ils ont effectuées dans ce cadre. Les médecins non satisfaits par l'HAD mettent en avant les difficultés rencontrées dans la circulation d'informations (66 % des médecins interrogés) et des problèmes relationnels avec le personnel soignant (43 %). Ce constat semble partagé par les soignants de l'HAD qui, dans une autre enquête, faisaient état d'un problème important de communication avec les médecins traitants (Sentilhes-Monkam, 2009). L'amélioration de la circulation des informations par les deux parties devrait permettre de lever ce type de

freins à l'HAD. Par ailleurs, les médecins mécontents soulignent également des contraintes administratives trop lourdes (41 %), des problèmes relationnels avec les confrères (27 %) et un manque d'attractivité financière (18 %).

Les démarches administratives freinent le recours à l'HAD

Plusieurs raisons sont avancées par les généralistes n'ayant pas adressé de patients à l'HAD au cours des douze derniers mois. 54 % déclarent ne pas avoir de services HAD dans leur secteur d'exercice. Cela concerne 65 % des généralistes des Pays de la Loire,

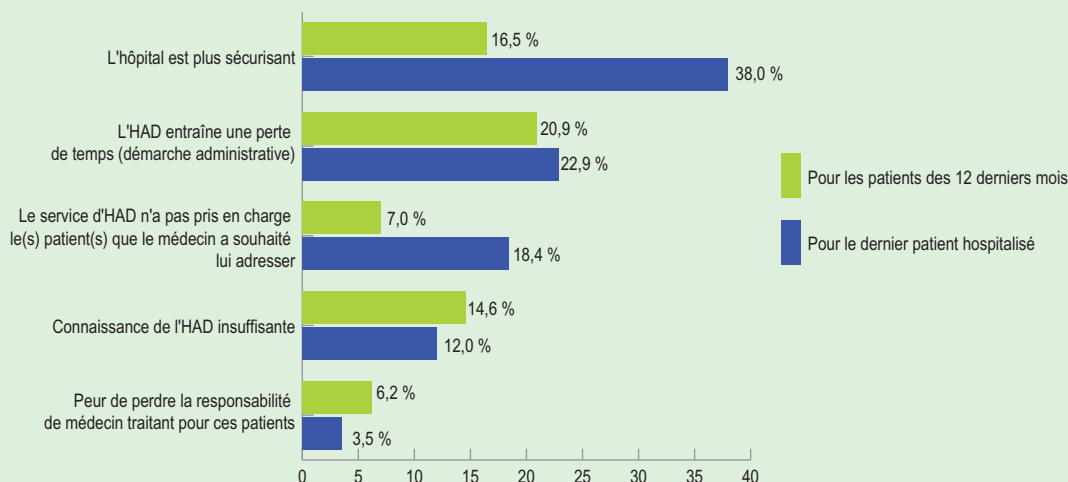
60 % de ceux de Bourgogne, 52 % de ceux de Bretagne, 51 % de ceux de Basse-Normandie et 45 % de ceux de la région PACA⁴, ainsi que 68 % des praticiens exerçant en zone rurale contre 49 % de ceux exerçant en zone urbaine. Parmi les 46 % qui disposent d'un service HAD dans leur zone d'exercice, 21 % n'ont pas orienté de patients vers l'HAD au motif que les démarches administratives entraînent une perte de temps (graphique 1).

Parmi les médecins ayant eu recours à l'HAD au cours des douze derniers mois précédant l'enquête mais qui ont préféré l'hôpital à l'HAD pour le der-

4. Ces déclarations sont confirmées par les données de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), qui recense davantage de structures d'HAD dans la région PACA (22 établissements) et en Basse-Normandie (15 établissements) que dans les autres régions (13 structures d'HAD en Bourgogne et 10 en Bretagne et dans les Pays de la Loire). De plus, les structures d'HAD sont généralement présentes dans des zones médicalement denses.

GRAPHIQUE 1

Motifs de non-recours aux services d'HAD (en %)



Champ • Patients des 12 derniers mois : médecins généralistes n'ayant pas adressé de patients aux services d'HAD dans les douze derniers mois, alors qu'ils déclarent qu'un tel service existe dans leur secteur d'exercice (29 % des médecins du panel). Dernier patient hospitalisé : médecins généralistes ayant eu recours à l'HAD au cours des douze derniers mois mais qui ont préféré l'hôpital à l'HAD pour le dernier patient hospitalisé (36 % des médecins du panel). **Sources** • DREES, URML, FNORS, Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, juin-sept. 2009.

TABLEAU 4

Mode de rémunération le mieux adapté à différentes tâches réalisées par le médecin dans le cadre de l'HAD (en %)

	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Réunions de coordination avec déplacement					
Pas de rémunération	9	2	2	1	2
Rémunération de la nomenclature existante	14	12	18	16	23
Acte spécifique	31	31	28	20	35
Forfait coordination	46	54	51	52	41
Visites à domicile					
Rémunération supérieure au tarif habituel	33	38	33	34	47
Rémunération identique au tarif habituel	51	39	44	37	38
Forfait global	16	23	23	28	16
Autres tâches (permanence téléphonique, tâches administratives, tenue du dossier patient)					
Pas de rémunération	11	5	8	4	7
Rémunération de la nomenclature existante	7	12	13	12	17
Acte spécifique	26	21	18	25	18
Forfait coordination	56	61	61	59	58

Sources • DREES, URML, FNORS, Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, juin-sept. 2009.

nier patient hospitalisé, 51 % ont motivé leur choix par l'isolement socio-familial de ce dernier et 28 % par son isolement géographique. Si le principe de l'HAD est de permettre au patient de rester chez lui, ces services perdent de leur intérêt quand les patients n'ont pas de famille, de réseau social ou habitent dans des zones isolées. L'hospitalisation «classique» peut alors apparaître plus avantageuse en termes de confort et de sécurité pour le patient.

La troisième raison avancée est le fait que l'hôpital soit plus sécurisant (38%, voir graphique 1). Plus d'un généraliste sur cinq considère également que l'envoi d'un patient en HAD représente des contraintes administratives trop lourdes. Les généralistes sont en effet chargés d'élaborer le projet thérapeutique avec le cadre coordonnateur, ce qui peut nécessiter un temps non négligeable.

Les généralistes privilégient la rémunération au forfait pour le suivi de leur patient en HAD

Au moment de l'enquête, la majorité des médecins généralistes déclarent que le forfait coordination est la rémunération la plus adaptée pour les réunions de coordination avec déplacement, ainsi que pour les tâches autres que ces réunions ou les visites à domicile (permanence téléphonique, démarches administratives, tenue de dossier du patient). Concernant les visites à domicile, 40 % des généralistes sont favorables à une rémunération identique au tarif habituel, 38,5 % à une rémunération supérieure et 21 % à un forfait global. Les réponses à ces questions diffèrent selon les régions (tableau 4). C'est en Bourgogne que l'on trouve le pourcentage le plus élevé de médecins généralistes favorables à un forfait coordination appliqué aux réunions avec déplacement et aux autres tâches.

Dans le cadre de l'HAD, 63 % des participants ont déclaré que la prise en charge d'actes médicaux en dehors des heures d'ouverture du cabinet relève de la permanence des soins habituelle, 23 % qu'elle relève d'une permanence des soins négociée en fonction des spécificités locales et 14 % qu'elle ne

relève pas des missions du médecin généraliste. Parmi les médecins pensant que cette prise en charge relève d'une permanence des soins négociée en fonction des spécificités locales, 80 % ont déclaré que si un forfait d'astreinte pour les jours fériés et les nuits devait être mis en place en HAD, il devrait être

complémentaire d'un paiement à l'acte pour les visites. De ce point de vue, la rémunération de la contribution des MG à l'HAD peut être un élément, avec d'autres types d'activité (suivi de patients porteurs d'une ALD, CAPI par exemple), de diversification des modes de leur rémunération. ■

■ Pour en savoir plus

- Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H., 2009a, «Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006», *Études et Résultats*, DREES, n° 697, juillet.
- Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H., 2009b, «L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Exploitation des données du PMSI HAD 2006», *Questions d'économie de la santé*, n° 140, mars.
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 2009, *Statistiques 2009 HAD et MCO*.
- Agence régionale de l'hospitalisation PACA, 2010, «Identification des actions d'éducation thérapeutique du patient ciblant les maladies chroniques au sein des établissements de santé, de leurs partenaires ambulatoires et des réseaux de santé de la région PACA en 2008-2009», *Rapport*, février.
- Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P., Guillaumat-Tailliet F., 2007, «L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises», *Études et Résultats*, n° 610, novembre.
- Baudier F., Prigent A., Leboube G., 2007, «Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises», *Santé publique*, vol. 19, n° 4, pp. 303-312.
- Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E., 2008, «La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2», *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 136, novembre.
- Bournot M.-C., Goupil M.-C., Tuffreau F., 2008, «Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié», *Études et Résultats*, DREES, n° 649, août.
- Fivaz C., Le Laidier S., 2001, «Une semaine d'activité des généralistes libéraux», *Point Stats*, CNAMTS, juin.
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), <http://www.fnehad.fr/had/trouver-un-etablissement>.
- Grenier B., Bourdillon F., Gagnayre R., 2007, «Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles», *Santé publique*, vol. 19, n° 4, pp. 283-292.
- Haute autorité de santé (HAS), 2007, *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : analyse économique et organisationnelle. Rapport d'orientation*, novembre, 96 p.
- Haute autorité de santé (HAS), 2007, *Recommandations. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation*, juin.
- Jacquat D., 2010, *Éducation thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne*, *Rapport au Premier Ministre*, juin 2010, 65 p.
- Sentilhes-Monkam A., 2009, *Soins palliatifs à domicile : état de carence ? Le point de vue des soignants de l'HAD. Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques*, 5(1), p. 39-41.