

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2020

N° 95

THESE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

PAR

Caroline TRYLESKI

Née le 21 août 1989 à Strasbourg

Collaboration entre HAD et médecins généralistes :

Enquête exploratoire auprès de médecins généralistes et de médecins coordonnateurs

Président de thèse : Professeur GOICHOT Bernard

Directrice de thèse : Docteur DIALLO Dalanda



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe

- **Président de l'Université** : M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** : M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** : M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1878-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1988) M. MANTZ Jean-Marie
- (1988-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LODES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** : M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** : M. BITSCH Samuel



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Sélimak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214			
NOM et Prénoms	C#*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe PO001	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif PO191	NRP0 CS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel PO002	NRP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu PO003	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepleierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent PO188	NRP0 NCS	* Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepleierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe PO004	RP0 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Sélimak PO005	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques PO008	NRP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepleierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas PO007	NRP0 CU	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle BO007 / PO170	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy PO008	NRP0 Resp	* Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales * Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepleierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BECKEUR François PO009	RP0 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepleierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice PO192	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles PO013	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume PO178	NRP0 NCS	* Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepleierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal PO014	NRP0 CS	* Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepleierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric PO213	NRP0 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine Interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric PO187	NRP0 NCS	* Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly PO016	NCS	* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François PO017	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan PO018	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice PO020	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile PO002	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepleierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CB*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRIANT-ROOIER Catherine P0023	NRP6 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-CHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	* Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabli P0029	NRP6 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERI Philippe P0044	NRP6 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0103	NRP6 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0198	NRP6 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale- option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	* Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0080	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	* Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	* IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale
GANGI Atshin P0082	RP6 CS	* Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0083	NRP6 NCS	* Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0084	NRP6 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0085	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0086	RP6 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0087	NRP6 CS	* Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0088	NRP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepeire	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	* Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepeire	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepeire	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeire	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		* Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <u>Médecine Physique et Réadaptation</u>
JAILHAC Benoît P0078	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <u>Bactériologie-virologie</u> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0186	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	* Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepeire	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepeire	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 NCS	* Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <u>Addictologie</u> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital Hautepeire	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	* Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle/ Hôpital de Hautepeire	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	* Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepeire	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0096	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepeire	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <u>Pneumologie</u> ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepeire * Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTTELU Jean-Philippe P0103	RP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	* Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil * Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie * Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOLLIN Bruno P0109	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER izze Jacques P0112	NRP0 CS	* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepeire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	* Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Michael P0111	NRP0 CS	* Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0124	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme FAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepeire	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; <u>Médecine d'urgence</u> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Sílvia P0117	NRP0 NCS	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	* Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	* Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepeire	48.01 <u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepeire	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Béatien P0125	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC * Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0198	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepeire	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	* Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 CS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil * Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepleire	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0186	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Psychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0148	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepleire	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepleire	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepleire	49.01 Neurologie
VELLON Francis P0155	NRP0 CS	* Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepleire	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS CS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil * Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine * Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP0 NCS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0182	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiborganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepleire	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepleire - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) CSpl : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P0 : Pôle RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable → 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) → 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) → 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Amaud M0301		* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepleine	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0303		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepleine * Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		* Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARSEMI Xavier 46442 (En disponibilité)		*Pôle de Spécialités médicales – Ophthalmologie / SMO -Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses – Maladies tropicales Option – Maladies infectieuses
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle M0117		* Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0308		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cytile M0301		* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepleine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0309		* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0302		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		* Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		* Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn M0012		* Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0015		* Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Naoum M0017		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme BÉRIENNE Ghislaine (En disponibilité)	CS	*Pôle de Biologie -Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0024		* Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC * Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FLISSETTI Denis M0025		* Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		* Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0116		* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Hautepleine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepleine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0023		* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JÉGU Jérémie M0101		* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0069		* Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine * Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas M0042		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	* Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		* Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS * Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		* Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine * Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique-HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0063		* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0048	CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schilgheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		* Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologique)
Mme RADOBAVLJEVIC Mirjana M0058		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		* Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC * Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEDEL Philippe M0059		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 <u>Hématologie</u> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	IS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0108		* Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aïna M0096		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepleine	54.02 Chirurgie infantile
SCHRAMM Frédéric M0688		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepleine	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christèle M0689		* Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepleine	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie infantile / Hôpital Hautepleine	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		* Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		* Institut d'immunologie / HC * Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepleine	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		* Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		* Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		* Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepleine	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7367 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0052	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BRETWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2015)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0088	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0088	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepleire
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepleire
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepleire
Dr DELPLANDQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dr GAUGLER Elise	NRP0 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dr GERARD Bénédicte	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Sterilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepleire
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	* Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	* Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TOCHMAKOV Dimitar	NRP0 CS	* Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	* Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Centre Antipolison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytopathologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc ONU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaans)Chine (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 & 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 & 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.15
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BUCKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Fabrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine Interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.85	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.03	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOG Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Rés.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.09.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQUIN Didier (Urologie) / 09.09.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.15
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.09.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.95.07.08

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67099 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- *Hôpital de l'Elisau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 95 - F - 67403 Kirch Grafenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.8. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse, Monsieur le Professeur Bernard GOICHOT,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider mon travail de thèse. Soyez assuré de ma considération et de mon plus profond respect.

Aux membres du jury, Madame la Professeure Juliette CHAMBE, Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT, Monsieur le Professeur Laurent CALVEL,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre jugement à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements d'avoir accepté de siéger au jury de thèse.

A ma directrice de Thèse, Madame la Docteure Dalanda DIALLO,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger mon travail. Tu m'as ensuite accompagnée et soutenue du début à la fin, tu t'es totalement investie dans cette tâche. Tu m'as énormément appris, tant sur le plan professionnel qu'humain. Je te remercie chaleureusement pour ton soutien, pour tes conseils ainsi que pour ta bienveillance.

A Madame la Docteure Vanessa Loup BLONDET,

Tu as tout de suite accepté de me fournir une aide oh combien précieuse pour ma démarche qualitative.

Tu m'as guidé d'une main de maître dans ce domaine que je ne maîtrisais pas. Je te remercie pour ton investissement et pour tout ce que tu m'as appris.

Aux médecins que j'ai pu remplacer régulièrement : la Docteure Veena AUGUSTIN, les Docteurs Alexis HARROSCH, Loïc LESAUNIER, Gwenaël CANDAS, Patrick FOURMAN ; à mes anciens collègues de l'HAD : la Docteure Ramone MOLÉ, le Docteur Jean-Michel LEMLER, les IDEC Céline, Lucie, Anne, Aurélie, Elodie, les AS Elodie et Philippine ;

Merci pour toute la confiance que vous m'avez témoignée, ainsi que pour votre gentillesse.

A mes parents, Dominique et Pierre,

Vous m'avez accompagnée, soutenue, bien avant ce travail. Merci pour votre aide, pour vos commentaires, vos relectures. Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel. En un mot : Merci !

A mon frère, Benjamin,

Merci pour toutes ces heures de retranscription, mais aussi pour ta confiance et ta présence ainsi que ton sens de l'humour légendaire.

A Jean-Baptiste,

Pour ton amour, pour ton soutien dans la joie comme dans les moments difficiles, un grand Merci.

A Léa,

Tu es la Doyenne de mes amies, celle qui était LA au début. Merci pour cette amitié qui vieillit comme un bon vin.

A mes amies de P1 : Fanny, Anaïs, Maud, Claire,

Vous étiez là dès le début, vous avez continué à m'aimer pour ce que je suis. Merci à vous, et aussi à toutes vos moitiés : Fred, Matthieu, Adrien, Pierre-Vincent, mais aussi vos petits bouts Arthur, Gaspard, Alice, Amanda, Rosalie. La vie est bien plus chatoyante avec vos bouilles d'amour.

A mes amies de la faculté et leurs hommes : Adeline, Hélène, Clothilde, Célia, Apolline, Camille, Emilie, Timothée, Arthur, Gilles,

Merci pour les sessions de thèse, les conseils, le soutien, les relectures. Mais surtout pour toutes ces soirées, toutes ces terrasses, ces fous-rires et ces bon moments passés ensemble.

A mes amis du Bagne et de l'internat : Pauline mon éternelle voisine du dessous, Thomas, Martin, Marie, Mathilde, Nadia, Rebecca, Gautier, Tiffany,

Mes meilleurs souvenirs de l'internat sont avec vous, nous en sommes ressortis plus forts et liés, merci pour ces mythiques soirées fromage et tous les moments passés ensemble. Nadia et Rebecca, merci pour ce week-end suisse qui fut le plus productif et le plus agréable de toute ma thèse. Gautier, merci pour ton expertise bibliographique.

A mes collègues de SOL : Nadia, Evelin, Anis, mais aussi les Docteurs Anne ESCANDE, Anne KARST, Valérie GANANSIA, Youssef TAZI, Frédéric MALOISEL, Louis-Marie DOURTHE, Pierre TRUNTZER, STEVE Heymann, Stéphane REIBEL,

Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre équipe. Je suis heureuse et fière de travailler avec vous.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	17
PREFACE.....	25
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	26
INTRODUCTION.....	28
1 Problématique et perspectives de l'étude.....	28
2 Histoire de l'hospitalisation à domicile	30
2.1 De 1957 aux années 2000 : apparition de l'HAD en France et premiers aspects juridiques.....	30
2.2 De 2000 à 2010 : expansion de l'HAD et reconnaissance officielle.....	30
2.3 De 2011 à 2016 : nouveaux objectifs et nouvelles transformations.....	31
3 La médecine générale :.....	32
3.1 Histoire de la Médecine Générale	32
3.2 Missions du médecin généraliste	32
3.3 Particularités du médecin traitant	33
4 Principe de fonctionnement d'une HAD	33
4.1 Rôle des médecins au sein de l'HAD	34
4.1.1 Concernant le médecin coordonnateur	34
4.1.2 Concernant le médecin généraliste.....	35
4.2 L'HAD de Strasbourg	35

4.2.1	Les intervenants.....	36
4.2.2	Mode de fonctionnement.....	36
MATERIEL ET METHODE		37
1	Présentation de l'étude.....	37
1.1	Objectifs	37
1.2	Caractéristiques de l'étude.....	37
2	Méthodologie.....	37
2.1	Entretiens individuels semi-dirigés	37
2.2	Focus groupe	38
2.3	Entretiens téléphoniques.....	38
2.4	Elaboration des guides d'entretien	38
3	Population.....	39
3.1	Constitution de l'échantillon.....	39
3.2	Critères d'inclusion et critères d'exclusion.....	39
3.3	Mode de recrutement	40
3.4	Population de l'étude.....	40
4	Recueil des données.....	41
4.1	Déroulement des entretiens individuels.....	41
4.2	Déroulement du focus groupe	41
4.3	Déroulement des entretiens téléphoniques	41
5	Retranscription et analyse des données.....	41
RESULTATS.....		43
1	Point de vue des médecins coordonnateurs	43

1.1	Protagonistes : rôles et représentations	43
1.1.1	L'établissement HAD	43
1.1.2	Le médecin coordonnateur	43
1.1.3	Le médecin généraliste	44
1.1.4	Les autres partenaires identifiés	45
1.1.4.1	Infirmières.....	45
1.1.4.2	Médecins hospitaliers.....	45
1.1.4.3	Equipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs	45
1.1.4.4	Prestataires de service.....	45
1.2	L'admission en HAD.....	46
1.2.1	Le médecin coordonnateur comme lien de l'hôpital vers la ville	46
1.2.2	Des admissions principalement en sortie d'hospitalisation complète	47
1.2.3	Les difficultés ressenties lors d'un retour à domicile	47
1.2.3.1	Un lien vers le médecin généraliste trop tardif et les conséquences.....	47
1.2.3.2	Un médecin généraliste parfois désabusé	48
1.3	Le déroulement de la prise en charge	48
1.3.1	Apport de la structure.....	48
1.3.1.1	Sécurisation et qualité de la prise en charge.....	48
1.3.1.2	Motifs de recours au médecin coordonnateur	48
1.3.1.3	Disponibilité du médecin coordonnateur	49
1.3.1.4	Le médecin coordonnateur conserve son rôle de liaison à la fin de l'HAD ou lors d'une réhospitalisation.....	49
1.3.1.5	Des échanges plus fréquents en situation complexe	49
1.3.2	Les difficultés ressenties	50
1.3.2.1	Médecine générale : des pratiques trop hétérogènes pour le fonctionnement très protocolisé des HAD.....	50
1.3.2.2	Un manque de collaboration de la part de certains médecins généralistes.....	51

1.3.2.3	Un médecin généraliste peu disponible.....	51
1.3.2.4	Des difficultés à maintenir le cadre hospitalier	52
1.3.3	Ressenti sur leur rôle propre.....	53
1.3.3.1	Un sentiment de dévalorisation	53
1.3.3.2	Déséquilibre entre les attendus et les compétences	53
1.3.3.3	Un manque de temps dédié aux patients	53
2	Point de vue des médecins généralistes.....	54
2.1	Protagonistes : rôles et représentations	54
2.1.1	L'établissement HAD	54
2.1.2	Le médecin coordonnateur	54
2.1.3	Le médecin généraliste.....	54
2.1.3.1	Hors HAD	54
2.1.3.2	En HAD	55
2.1.4	Les autres partenaires identifiés	55
2.1.4.1	Infirmières.....	55
2.1.4.2	Médecins hospitaliers.....	55
2.1.4.3	Equipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs.....	56
2.1.4.4	Prestataires de service.....	56
2.2	L'admission en HAD.....	56
2.2.1	Modalités de transmission d'informations entre partenaires	56
2.2.2	Le médecin coordonnateur rarement identifié pour initier une HAD.....	57
2.2.3	Difficultés rencontrées.....	57
2.2.3.1	L'HAD, un établissement peu connu et peu utilisé	57
2.2.3.2	Une HAD imposée au médecin généraliste.....	57
2.3	Le déroulement de la prise en charge	58
2.3.1	L'HAD comme soutien	58

2.3.1.1	Le médecin coordonnateur : une personne ressource ?	58
2.3.1.2	Apport de l'HAD.....	58
2.3.2	Difficultés ressenties	59
2.3.2.1	Absence de logique de proximité et multiplicité des soignants.....	59
2.3.2.2	Structuration hospitalo-centrée de la prise en charge	59
2.3.2.2.1	<i>Une responsabilité hospitalière, plus contraignante</i>	59
2.3.2.2.2	<i>Un cadre hospitalier pesant et centré sur la technique.....</i>	60
2.3.2.2.3	<i>Un soutien insuffisant de la part de l'HAD</i>	61
2.3.2.3	Une communication inter professionnelle dysfonctionnelle	61
2.4	La sortie d'HAD	61
3	Focus sur les soins palliatifs au domicile.....	62
3.1	Le ressenti des médecins coordonnateurs	62
3.1.1	Des compétences intra-structure	62
3.1.2	Importance de la communication	62
3.1.3	Les difficultés rencontrées	63
3.1.3.1	Le médecin coordonnateur confronté à des prises en charge inadéquates	63
3.1.3.2	Difficultés d'échanges entre intervenants.....	64
3.1.3.3	Difficultés observées auprès des équipes paramédicales.....	65
3.2	Le ressenti des médecins généralistes	65
3.2.1	Généralités.....	65
3.2.2	Spécificités de la fin de vie.....	65
3.2.3	L'HAD en soutien	66
3.2.4	Les autres recours en soins palliatifs à domicile	66
3.2.5	Les difficultés ressenties	67
3.2.5.1	Liées à la pathologie	67
3.2.5.2	Particularité des nouveaux cas.....	68

3.2.5.3	Les difficultés rencontrées avec l'HAD	68
3.2.5.3.1	<i>Les médecins généralistes éprouvent un sentiment d'abandon</i>	68
3.2.5.3.2	<i>Paradoxe : L'HAD dite facilitatrice source de complications</i>	68
3.3	Particularité des aidants en soins palliatifs	70
DISCUSSION.....		71
1	Les biais et limites de l'étude.....	71
1.1	Biais liés à l'investigateur	71
1.2	Biais liés à la méthodologie.....	72
1.2.1	L'échantillonnage	72
1.2.2	Lieu de l'entretien.....	72
1.2.3	Méthode de recueil des données	73
1.2.4	Codage et analyse des données.....	73
2	Les principaux éléments de comparaison entre nos deux groupes de médecins	74
2.1	Le cadre réglementaire de l'HAD confronté à l'organisation des soins en ambulatoire	75
2.1.1	Le cadre réglementaire de l'HAD	76
2.1.2	L'organisation des soins en ambulatoire	77
2.1.3	La rencontre de deux mondes	78
2.2	Des places mal définies	79
2.2.1	Un mode de fonctionnement et des places mal appréhendés par les médecins	79
2.2.2	Des missions de coordination qui se chevauchent	80
2.3	Les contraintes du suivi d'un patient hospitalo-requérant à domicile.....	81
2.3.1	Des impératifs de suivi rapproché, de réactivité, de compétences spécialisées	81
2.3.2	Compétences médicales requises des médecins généralistes et coordonnateurs	82
2.4	Des difficultés de collaboration.....	83
2.4.1	Les médecins généralistes se sentent mis à l'écart.....	83

2.4.2	Médecine générale : des pratiques trop hétérogènes pour le fonctionnement très protocolisé des HAD	84
2.4.3	Méconnaissance entre les intervenants : un frein pour les généralistes	85
2.4.4	Des échanges, trop rares, très appréciés	86
2.4.5	Un médecin traitant difficile à joindre par les médecins coordonnateur	87
2.4.6	Un outil de communication défectueux	88
2.5	La particularité des soins palliatifs	88
2.5.1	Le médecin généraliste confronté aux soins palliatifs et à la fin de vie en ambulatoire	88
2.5.2	L'HAD en situation palliative : soutien ou bouleversement ?	90
2.5.2.1	Des difficultés exacerbées	90
2.5.2.2	...Mais un partenariat enrichissant	91
2.5.3	Particularité des nouveaux patients en situation palliative	92
3	Propositions et perspectives	92
3.1	Développer le partenariat déjà existant entre les intervenants	92
3.1.1	Etoffer les moyens de communication	92
3.1.2	Développer un partenariat entre les HAD et les réseaux de coordination ambulatoires	94
3.2	Repenser les rôles et les missions des médecins en HAD	95
3.2.1	Le médecin coordonnateur devient le référent médical	95
3.2.2	Le médecin traitant prend la tête de la prise en charge	96
3.2.3	La télémédecine : un complément aux visites à domicile ?	98
3.3	Réorganisation profonde de l'HAD elle-même	100
3.3.1	L'HAD reste une structure émanant de l'hôpital	100
3.3.2	L'HAD devient une structure émanant des soins ambulatoires	100
3.4	HAD à l'étranger, un modèle à suivre ?	101

CONCLUSION	103
ANNEXES	105
Annexe 1 : Première grille d'entretien	106
Annexe 2 : Deuxième guide des entretiens individuels semi-directifs	107
Annexe 3 : Guide d'entretien du focus groupe	108
Annexe 4 : Résumé des caractéristiques des participants et des entretiens	109
Image 1 : répartition des EMSP en France	110
Image 2 : Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants selon les objectifs de la circulaire du 4 décembre 2013	111
BIBLIOGRAPHIE	112

PREFACE

Il me paraît important avant d'introduire mon travail de vous faire part de mon parcours professionnel, lequel a joué un rôle déterminant dans le choix du sujet de l'étude et du déroulement de celle-ci.

J'ai en effet eu la chance d'expérimenter, en plus de la fonction d'interne en service d'hospitalisation, le rôle de médecin généraliste en cabinet seule, en cabinet d'association et en Maison de Santé Pluriprofessionnelle en tant qu'interne et en tant que remplaçant. J'ai également tenu le rôle de médecin coordonnateur d'HAD et pu me familiariser avec celui de médecin en Equipe Mobile de Soins Palliatifs lors d'un semestre professionnalisant.

Le fait d'avoir pu observer leurs pratiques au plus près et d'avoir tenu personnellement le rôle médical spécifique de tous ces professionnels m'a permis de me construire une vision propre et singulière à leur sujet. J'ai pu l'utiliser dans mon étude à la manière des « observations participantes » (1) afin de la rendre plus riche et plus pertinente. Enfin, et cela est essentiel, ces connaissances sont venues étoffer mon expérience de médecin généraliste et donc ma pratique personnelle de la Médecine Générale.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

AURAL : Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel en Alsace

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles de Territoire de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DILA : Direction de l'Information Légale et Administrative

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

EHPAD : Etablissement pour Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESP : Equipes de Soins Primaires

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Sante

HPST : Hôpital Patient Sante Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IOM : Institut de médecine des Etats-Unis

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCA : Patient Controlled Analgesia

PUI : Pharmacie à Usage Interne

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoire

PDSES : Permanence des Soins en Etablissement de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SHAD : Service d'Hospitalisation à Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

1 Problématique et perspectives de l'étude

Le système de santé français permet actuellement aux patients de bénéficier à la fois d'une qualité de soins, assurée selon l'IOM (2) par une technicité de pointe, mais aussi d'une qualité de vie, selon la définition de l'OMS en 1993 (3), plus axée autour d'une médecine de proximité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) se place au croisement de la compétence ultraspécialisée hospitalière et de la médecine premier recours, également définie comme une médecine de famille par la WONCA (4). Cette alternative à une hospitalisation conventionnelle constitue une interface ville-hôpital intéressante.

Depuis son apparition en France en 1957, l'HAD n'a cessé d'évoluer, de diversifier ses missions afin de s'affirmer dans le système de soin (5). Depuis les années 2000 (6) l'Etat Français réalise une promotion de l'HAD (7), s'inscrivant dans l'objectif sanitaire de « virage ambulatoire » (8). Comme l'analyse bien le Dr CUNY dans sa thèse écrite en 2010 (9) : *« L'HAD représente pour les pouvoirs publics une nouvelle façon d'appréhender les problèmes économiques, démographiques et de vieillissement de la population française, et donc de maîtriser les dépenses de santé. »*

Malgré une augmentation d'activité certaine entre 2006 et 2016 (5,0 % du nombre total de journées d'hospitalisation complète en court et moyen séjour en 2016 contre 2.1% en 2006) (10), l'HAD reste un mode de recours minoritaire, avec une expansion qualifiée de « décevante » et un développement « inégal », inférieur à celui souhaité par les pouvoirs publiques (5). Sa place dans le système de soins reste secondaire, avec notamment un très faible taux de prescription par les médecins généralistes (11). Selon de nombreuses thèses portant sur les ressentis des médecins généralistes sur les prises en charge en HAD, ainsi que plusieurs rapports tels que celui de la Cour des Comptes de 2015 (11), les généralistes,

malgré une satisfaction globale(12,13), décrivent l'HAD comme « *contraignante, coûteuse en temps et insuffisamment réactive* » (12,13), avec en sus des difficultés techniques liées aux pathologies très spécifiques (11). Ils rapportent également des difficultés de communication et de coordination entre les différents intervenants (11–13).

Par ailleurs à ce jour aucune étude ne recueille le point de vue des médecins coordonnateurs de l'HAD concernant leurs relations avec les médecins généralistes.

Les recherches effectuées dans la littérature au début de ce travail nous ont amenées à émettre les hypothèses suivantes :

- Les principaux obstacles rencontrés par les médecins, qu'ils soient généralistes ou coordonnateurs d'HAD, relèvent d'une problématique de collaboration, et portent essentiellement sur la communication entre les deux partenaires que ce soit en amont, pendant ou en aval des prises en charge.
- Les missions de l'HAD et de ses acteurs de soins telles que définies par les textes de loi, transposent directement le fonctionnement hospitalier au domicile. Ce cadre réglementaire génère des difficultés dans la pratique, principalement concernant les rôles attribués aux médecins généralistes et aux médecins coordonnateurs.

Il nous est donc apparu intéressant, afin d'étayer ces hypothèses, de comprendre comment les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d'HAD interagissent. Nous souhaitons ainsi appréhender les difficultés rencontrées par les deux groupes de médecins au cours de leur collaboration, examiner les éventuelles divergences d'opinions et comprendre la part jouée par les textes de loi.

Mettre en évidence ces difficultés et les analyser permettrait d'établir une base commune afin de construire un meilleur partenariat et une coordination des soins au bénéfice des patients.

Le cas échéant, cela permettrait également de trouver des pistes pour adapter les pratiques des uns et des autres, voire de repenser l'organisation et les missions de l'HAD afin qu'elle puisse pleinement trouver sa place dans le système de soin actuel.

2 Histoire de l'hospitalisation à domicile

Il est possible de décomposer l'histoire de l'HAD en plusieurs périodes(10).

2.1 De 1957 aux années 2000 : apparition de l'HAD en France et premiers aspects juridiques

Le premier établissement d'HAD public est créé en 1957 à l'AP-HP, dans l'objectif de désencombrer les hôpitaux et d'améliorer la qualité de vie des patients. En 1958, « Santé Service Puteaux », le deuxième établissement d'HAD, voit le jour, destiné initialement aux patients atteints de pathologies cancéreuses.

L'HAD s'appuie déjà en partie sur la médecine libérale pour dispenser les soins à domicile.

La première convention relative à l'HAD est signée avec la CPAM en 1961.

Elle est reconnue officiellement comme prolongement d'une hospitalisation conventionnelle par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 (14) portant réforme hospitalière.

En 1986, le champ d'intervention de l'HAD est élargi à l'ensemble des patients (15). Il est établi que « *L'HAD recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être de nature et d'intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.* »

La reconnaissance légale officielle de l'HAD comme une alternative à une hospitalisation traditionnelle intervient avec la loi de 1991 (16) portant réforme hospitalière et ses décrets d'application de 1992 (17).

Enfin, le médecin traitant peut prescrire directement une HAD.

2.2 De 2000 à 2010 : expansion de l'HAD et reconnaissance officielle

En 2000, une circulaire de la DHOS (18) éditée que l'HAD concerne « *les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.* » Elle précise également les rôles des différents intervenants

(médecin traitant, médecin hospitalier, médecin coordonnateur, cadre infirmier, infirmier(e), aide-soignant(e).)

En 2006, une circulaire spécifique à l'HAD (19) réaffirme son caractère polyvalent et généraliste. Elle termine de définir les rôles des différents acteurs internes à la structure et de ses partenaires.

En 2007, un décret autorise la prise en charge de résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPAD ou EHPA) (20).

En 2009, la loi HPST (21) reconnaît l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière. L'HAD devient une appellation protégée sur le plan juridique. Ses missions font officiellement partie des missions d'un établissement de santé, entraînant une obligation de certification et devant garantir la continuité des soins 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

2.3 De 2011 à 2016 : nouveaux objectifs et nouvelles transformations

En 2012, des décrets ouvrent le champ d'intervention à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. (22)

Selon une analyse rétrospective de la Cour des Comptes en 2013 (23), le Ministère des solidarités et de la santé, bien qu'ayant encouragé le développement de l'HAD par différentes instructions au cours des années 2000, ne s'appuie pas sur une « *estimation documentée des besoins ou une stratégie à moyen terme* ». La Cour considère que cette absence de « *stratégie globale* » et de « *cadre national suffisamment rigoureux* » est responsable du développement jusque-là modeste de l'HAD, notamment en comparaison avec certains pays étrangers.

En 2013, une circulaire spécifique à l'HAD (24) préconise de continuer à favoriser la prescription de l'HAD par les médecins de ville, d'évaluer la pertinence du recours à l'HAD et enfin de garantir la continuité des soins, obligatoire pour tout établissement de santé. Pour assurer ce dernier objectif, un décret de 2017 autorise le médecin coordonnateur de l'HAD à intervenir en l'absence du médecin traitant (25).

Dans la lignée de la circulaire de 2013, le Plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 » (26) conforte la place de l'HAD pour le développement de cette prise en charge particulière en fixant des objectifs de

prescription à tous les établissements de santé et en encourageant la coopération entre HAD et SSIAD pour améliorer le parcours des patients.

3 La médecine générale :

3.1 Histoire de la Médecine Générale

La médecine générale constitue pendant de nombreuses années la forme de pratique clinique principale, bien qu'elle soit définie de « générale » par rapport à la médecine de spécialité, qui se développe au niveau universitaire (27)

Historiquement, la Médecine française s'est structurée depuis la réforme instaurée par le Professeur DEBRE en 1958 (28) autour de l'hôpital, permettant le développement de spécialités, voire d'hyper-spécialités, laissant la Médecine Générale en périphérie. L'organisation du système de soins se fait autour et par rapport à l'hôpital, sans régulation des modalités de recours aux soins en ambulatoire.

A partir de la loi sur la réforme du troisième cycle de 2002 (29) la Médecine Générale est reconnue comme une spécialité, le DES de médecine générale est créé puis instauré en 2004. Cette même année, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie portant sur le parcours de soins coordonné, est créé le concept de médecin traitant, « pivot du parcours de soins » (30).

La Loi santé 2015 (8) entérine le « virage ambulatoire » et la place essentielle des soins primaires dans le système de santé français, portés par la Médecine Générale et les médecins traitants.

3.2 Missions du médecin généraliste

Le médecin généraliste de premier recours a pour principales missions, selon l'article L4130-1 du Code de la Santé Publique (31), « d'assurer la coordination des soins du patient, de l'orienter dans le système de soin, de coordonner et administrer les soins visant à soulager la douleur, le tout en coopération avec les autres professionnels en charge du patient ». Il se doit également d'assurer « pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé » (CSP, art L4130-1) (31).

En 2010 une étude parue dans la revue *Exercer* (32) analyse quinze référentiels locaux, nationaux et internationaux (WONCA, Leeuwenhorst, Société Française de Médecine Générale SFMG, etc...) élaborés entre 1974 et 2006,. Certains portent sur l'activité et la fonction du médecin généraliste, d'autres sur les compétences mises en œuvre pour son exercice.

3.3 Particularités du médecin traitant

La notion de « médecin traitant » est instituée par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 (33), dans le cadre du « parcours de soins coordonné ». Ce système de médecin traitant remplace l'ancien système de médecin référent, initialement institué en 1997 (34).

Selon l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, les principales missions du médecin traitant sont les suivantes (35):

- Assurer un 1^{er} niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical
- Orienter dans le parcours de soins coordonnés
- Gérer le dossier médical
- Établir un protocole de soins pour une affection de longue durée
- Assurer une prévention personnalisée

Si dans les textes le médecin traitant peut être de toute spécialité et de tout statut (libéral, salarié ou hospitalier) (35), dans notre étude les médecins traitants étaient médecins généralistes et les médecins coordonnateurs employaient indifféremment les termes « médecin traitant » ou « médecin généraliste » pour désigner leurs confrères libéraux.

4 Principe de fonctionnement d'une HAD

L'HAD est présentée aujourd'hui comme une modalité d'hospitalisation à part entière, définie par le code de la santé publique (31) et un ensemble de circulaires (15,18,19). Elle apporte des soins qui se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes,

ainsi que par la nécessité d'une coordination médicale. Les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile sont soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnels avec hébergement (sécurité, qualité et continuité des soins) et sont certifiés par l'HAS (36).

Tous les domaines couverts par la médecine hospitalière peuvent faire l'objet d'une prise en charge en HAD. De même, tous les établissements de santé peuvent avoir ou prétendre à avoir une activité d'HAD (18). Les établissements autorisés à réaliser cette activité sont rattachés à l'administration hospitalière selon deux configurations (18) : soit ce sont des établissements autonomes, souvent associatifs, ne proposant que ce seul type d'hospitalisation ; soit ils sont rattachés à un autre établissement de santé généraliste, disposant de services de court ou de moyen séjour traditionnels.

La prise en charge du patient en HAD est prescrite par un médecin hospitalier ou de ville.

Un médecin rattaché à l'établissement d'HAD coordonne la prise en charge, qui est réalisée soit par des salariés de l'établissement, soit par des professionnels libéraux, soit par les deux.

4.1 Rôle des médecins au sein de l'HAD

Les missions précises des médecins en HAD sont détaillées en annexe.

4.1.1 Concernant le médecin coordonnateur

Par décret dès octobre 1992 (17) , la présence d'au moins un médecin qualifié pendant les heures d'ouverture d'une structure d'HAD est requis officiellement.

Le médecin coordonnateur, en tant qu'unique référent médical de la structure HAD, est responsable de la prise en charge globale du patient, du point de vue médical et administratif. Il émet un avis sur l'admission ou la sortie du patient. Il est le garant de la bonne exécution du protocole de soin, sans se substituer au médecin traitant (19).

4.1.2 Concernant le médecin généraliste

Le principe d'une HAD basée sur une médecine libérale est d'emblée établi lors de la création de l'HAD de l'AP-HP en 1957 (10).

La sécurité sociale signe avec les deux établissements de l'époque une convention en 1961, dans laquelle le médecin généraliste référent est défini comme un des acteurs essentiels de l'HAD (37).

Du point de vue législatif, c'est en 1970, lorsque l'HAD est reconnue officiellement, que la présence du médecin référent est aussi spécifiée comme nécessaire à une prise en charge en HAD (14).

Bien que la nécessité de sa présence pour une prise en charge en HAD soit clairement posée, il faudra attendre 1992 pour que le médecin généraliste ait la possibilité à son tour de prescrire une HAD (17).

Le 30 mai 2000, les textes définissent plus précisément le rôle du médecin traitant en HAD (18) : identifié comme pivot du système HAD, le médecin traitant est responsable du suivi de son malade. Son accord est indispensable pour l'inclusion en HAD et la sortie d'HAD. Il élabore le protocole de soin en partenariat avec le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur.

4.2 L'HAD de Strasbourg

L'établissement HAD implanté à Strasbourg a été développé en 2004 par l'association privée à but non lucratif AURAL.

Créée en 1972 par le Professeur JAHN, Chef de Service de Néphrologie et d'Hémodialyse du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg, cette association propose toutes les modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique (38).

La structure intervient au domicile des patients, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux, sur le secteur de Strasbourg, sa zone de proximité, ainsi que le canton d'Erstein. Dans notre étude il y sera fait référence par les termes « l'HAD de Strasbourg ». Le mode de fonctionnement de cette HAD a été observé sur le terrain par l'enquêtrice et complété par la directrice de thèse, médecin coordonnateur de l'HAD de Strasbourg.

4.2.1 Les intervenants

L'équipe de l'HAD de Strasbourg comprend principalement :

- Trois médecins coordonnateurs
- Une équipe d'infirmiers et aides-soignants salariés, deux cadres infirmiers de coordination et un cadre référent
- Une pharmacie à usage interne (PUI) comprenant des pharmaciens et une équipe de préparateurs en pharmacie
- Une stomathérapeute, une diététicienne, une psychologue, deux assistantes sociales
- Un service logistique

4.2.2 Mode de fonctionnement

L'HAD de Strasbourg fonctionne selon un mode mixte, c'est-à-dire en faisant appel à des infirmiers libéraux ou bien ses propres équipes au chevet du patient. Elle a recours aux autres partenaires libéraux selon les nécessités de prises en charge (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, etc...).

Les médecins traitants sont les seuls à percevoir directement leurs honoraires de la Sécurité Sociale.

Dans le cadre de l'obligation de continuité des soins l'HAD dispose d'une astreinte infirmière mobilisable 24h/24 et 7j/7 et d'une astreinte administrative téléphonique également 24h/24 et 7j/7. La structure a signé une convention avec le partenaire d'aide médicale d'urgence SOS médecins sur son secteur d'intervention pour intervenir au chevet du patient en cas d'indisponibilité du médecin traitant.

Le dossier du patient, incluant les prescriptions, est entièrement informatisé sur le logiciel MhCare. Une tablette est mise à disposition au domicile des patients pour les différents intervenants. Le lien est également consultable à distance via un portail sur tout ordinateur possédant une connexion internet.

MATERIEL ET METHODE

1 Présentation de l'étude

1.1 Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de comprendre comment les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d'HAD interagissent.

Les objectifs secondaires étaient d'appréhender les difficultés rencontrées par les deux groupes de médecins au cours de leur collaboration, d'analyser les éventuelles divergences et de comprendre la part jouée par les textes de loi.

1.2 Caractéristiques de l'étude

Ce travail de thèse est élaboré selon une méthode qualitative.

La recherche qualitative ne vise pas à produire des données généralisables ou à être statistiquement significative (39). Elle permet d'explorer des données subjectives, non quantifiables, telles que des opinions, des ressentis, des expériences vécues. Cela implique de se rendre sur le terrain afin de rencontrer les acteurs concernés par le thème étudié. Les étapes de la recherche (problématisation, collecte des données, analyse et rédaction) ont été réalisées en parallèle afin d'améliorer la qualité de l'étude (40).

2 Méthodologie

2.1 Entretiens individuels semi-dirigés

La première partie de l'étude consistait en la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés. Ce type d'entretien utilise un guide structuré établi après revue de la littérature. Les questions sont ouvertes et amenées dans un ordre variable au cours de chaque entretien. Ainsi les participants restent libres de s'exprimer tout en respectant le fil conducteur thématique élaboré par l'enquêteur (41).

2.2 Focus groupe

La taille de l'échantillon de médecins coordonnateurs a été augmentée dans un second temps, afin d'améliorer la qualité de l'étude, au moyen d'un focus groupe.

Le focus groupe avait l'avantage de réunir en un seul lieu plusieurs médecins coordonnateurs. De plus la dynamique de groupe permettait d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (42).

La même technique que celle des entretiens a été utilisée, c'est-à-dire un guide structuré composé de questions ouvertes autour des thématiques prédéfinies.

2.3 Entretiens téléphoniques

Arrivée à la fin de l'analyse de mes résultats, il nous est apparu pertinent d'interroger des médecins généralistes exerçant en dehors du secteur de l'HAD de Strasbourg, afin de minimiser les biais de recrutement introduits par les participants du focus groupe. En effet ces derniers étaient tous des médecins coordonnateurs d'HAD d'autres territoires. Les fonctionnements des HAD sont parfois très hétérogènes, et cela peut avoir un impact sur les relations qu'elles entretiennent avec les médecins généralistes.

2.4 Elaboration des guides d'entretien

Une première grille pour les entretiens individuels a été réalisée après recherches dans la littérature. Elle était constituée de questions d'introduction et de relance en cas de besoin.

Dans un premier temps le guide d'entretien a été testé :

- Deux entretiens ont été réalisés auprès d'un interne en médecine générale et auprès d'une infirmière de coordination d'HAD afin de vérifier la compréhensibilité ainsi que la pertinence des questions.
- Un troisième a été effectué auprès d'un médecin installé, puis a ensuite été intégré au corpus.

Une deuxième trame du questionnaire en a résulté avec un remaniement de certains thèmes (annexe 1).

La grille d'entretien a été remodelée après 6 entretiens afin d'approfondir les difficultés de collaboration et les particularités des prises en charge palliatives (annexe 2).

Les guides d'entretien étaient adaptés pour les deux groupes de participants (médecins coordonnateurs et médecins généralistes), tout en restant très proches dans leur construction.

Les thématiques du guide des entretiens individuels ont été reprises et adaptées pour réaliser le guide d'entretien du focus groupe (annexe 3) ainsi que les questions du guide d'entretien téléphonique.

3 Population

3.1 Constitution de l'échantillon

Il s'agissait d'un échantillonnage ciblé, non aléatoire de médecins, selon des critères de sexe, de durée d'installation, de mode d'exercice (salarié ou libéral), de lieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain) et de mode d'installation (cabinet de groupe ou seul).

L'établissement AURAL avait préalablement donné son accord pour la réalisation de cette étude.

Deux groupes ont ainsi été constitués : d'une part des médecins coordonnateurs de l'HAD AURAL Strasbourg, d'autre part des médecins généralistes travaillant sur le territoire de cette HAD. Comme mentionné plus haut, nous avons décidé dans un second temps d'augmenter la taille du groupe médecins coordonnateurs en étendant notre recrutement aux HAD d'autres territoires français.

3.2 Critères d'inclusion et critères d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

Pour les médecins coordonnateurs :

- être en activité en tant que médecin coordonnateur d'HAD au moment de l'étude,
- accepter de participer à l'étude.

Pour les médecins généralistes :

- être installé en tant que médecin généraliste,

- avoir ou avoir eu une prise en charge avec l'HAD,
- accepter de participer à l'étude

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- ne jamais avoir eu de patient en HAD,
- ne plus exercer l'activité concernée au courant de l'étude,
- refuser de participer à l'étude.

3.3 Mode de recrutement

Les médecins étaient contactés initialement par courriel. Leurs coordonnées étaient issues du répertoire de l'HAD AURAL.

Le mail utilisé pour contacter les médecins coordonnateurs était une liste de diffusion de médecins adhérents FNEHAD à laquelle l'enquêtrice et sa directrice de thèse étaient inscrites.

Le projet et le déroulement des entretiens (enregistrement des données, durée moyenne, retranscription et anonymisation) y étaient déclinés.

S'ils acceptaient de participer à l'étude les médecins étaient recontactés, soit par mail, soit par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous.

3.4 Population de l'étude

54 médecins sélectionnés selon les critères d'échantillonnage ont été contactés pour participer à l'étude.

Au total 13 médecins généralistes et coordonnateurs ont accepté de participer aux entretiens individuels et 3 médecins coordonnateurs ont accepté de participer au focus groupe. 3 médecins ont refusé de réaliser les entretiens et 34 n'ont pas répondu. 1 médecin ne remplissait pas les critères d'inclusion, 1 entretien (E14) n'a pas pu être analysé suite à un problème technique avec l'enregistreur numérique. Les deux entretiens tests E0 et E1 ne remplissant pas les critères d'inclusion, ils n'ont pas été intégrés au corpus.

Les participants étaient composés de 5 femmes et 11 hommes, de 35 à 62 ans.

5 médecins généralistes ont été sollicités par téléphone pour réaliser des entretiens téléphoniques complémentaires. 2 médecins ont accepté de participer mais 1 entretien a dû être annulé à plusieurs reprises et n'a pas pu se réaliser. 3 médecins n'ont pas donné suite.

4 Recueil des données

4.1 Déroulement des entretiens individuels

Les entretiens individuels ont été réalisés sur la période de janvier 2018 à juillet 2019. Ils se sont déroulés sur les lieux de travail de chaque praticien, excepté pour un médecin coordonnateur d'une autre HAD, rencontré sur le site de l'HAD de Strasbourg.

Ils duraient en moyenne 45 min. Certains se sont parfois poursuivis après l'arrêt de l'enregistrement et ont fait l'objet de prises de notes.

4.2 Déroulement du focus groupe

Le focus groupe a été réalisé le 20/06/2019 et durait 1h18min. Le Dr DIALLO tenait le rôle de modératrice, la doctorante celui d'observatrice.

4.3 Déroulement des entretiens téléphoniques

Les entretiens téléphoniques se sont déroulés au décours de l'analyse des résultats des entretiens individuels et du focus groupe, sur la période de décembre 2019 à mars 2020. Ils duraient en moyenne 45 min.

5 Retranscription et analyse des données

Les entretiens étaient enregistrés avec un enregistreur numérique et retranscrits manuellement en utilisant la plateforme Recordense.com, de manière intégrale, constituant les Verbatims.

L'analyse des Verbatims suivait un modèle dit thématique. Celui-ci consistait à sélectionner tous les passages marquants et/ou pertinents des entretiens, en les codant fragment par fragment puis en les

classant en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. A partir de ces thèmes et catégories sont définis des concepts, puis l'ensemble a été cartographié sur le logiciel FreeMind, sous forme de carte mentale afin de procéder à la recherche d'associations.

Rappelons qu'entre l'analyse et le recueil des données, le processus est continu et la découverte d'éléments imprévus dans un premier guide d'entretien peut amener à modifier celui-ci pour les entretiens ultérieurs (39). De même, l'hypothèse initiale peut être modifiée selon les données recueillies.

Le premier entretien et le 11^{ème} ont été analysés de façon indépendante par deux internes en médecine générale afin d'obtenir une triangulation partielle des données.

De même, l'utilisation de deux matériaux lors de la recherche, à savoir les entretiens individuels et le focus groupe constituait une triangulation méthodologique (43).

Les objectifs de cette démarche étaient de limiter la subjectivité des analyses et d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus.

RESULTATS

De janvier 2018 à juillet 2019, nous avons réalisé 13 entretiens individuels semi-dirigés auprès de 9 médecins généralistes installés et de 4 médecins coordonnateurs, ainsi qu'un focus groupe auprès de 3 médecins coordonnateurs. Enfin nous avons réalisé à la fin de l'étude un entretien téléphonique auprès d'un médecin généraliste travaillant hors du territoire de l'HAD de Strasbourg. Les principales caractéristiques des participants et des entretiens sont résumées dans le tableau en annexe (annexe 4).

1 Point de vue des médecins coordonnateurs

1.1 Protagonistes : rôles et représentations

1.1.1 L'établissement HAD

Les médecins coordonnateurs présentent l'HAD comme un « *établissement de santé* » (E2L85) avec des « *exigences en termes de qualité et de sécurité* » (E2L86-87).

Ils insistent sur la diversité de l'offre proposée par la structure en termes de professionnels de santé.

Un médecin coordonnateur considère que l'HAD « *n'est pas de l'hospitalisation* » (E6L69) et donc que le terme « hospitalisation » ne renvoie pas la bonne représentation à leurs partenaires.

1.1.2 Le médecin coordonnateur

Les médecins coordonnateurs se placent comme garants du respect des critères de prise en charge en HAD. Ils rapportent réaliser plusieurs tâches administratives, et effectuer des actions de promotion de l'HAD au côté de la direction de l'établissement.

« *Après il y a des actions du médecin coordonnateur auprès de la direction pour augmenter l'activité, communiquer dans les services hospitaliers, auprès des médecins traitants. Pour faire connaître l'HAD... aux professionnels de santé* » (E2L58-60).

Ils estiment également avoir un rôle de formation auprès du personnel de la structure. Un médecin coordonnateur souligne l'absence de fonction clinique dans son rôle.

Les médecins coordonnateurs se considèrent comme un soutien au médecin généraliste sur les prises en charge. Ils insistent sur leur place en seconde ligne, même s'ils peuvent être amenés à assurer la continuité des soins en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin généraliste :

« L'idée aussi c'est [...] pas de se substituer au médecin traitant dans ces choses-là mais de l'accompagner » (E2L360).

Les médecins coordonnateurs évoquent leur mission essentielle d'agents de liaison entre les partenaires de soin ainsi que leur rôle facilitateur en cas de nécessité d'organiser une hospitalisation, ou un examen complémentaire rapidement. Ils remarquent que les médecins généralistes apprécient cet accès parfois plus direct qu'en ambulatoire :

« Après eux, ils sont... ouais, ils sont super contents, je pense, [...]de demander une imagerie, et que l'imagerie, ben le lendemain ils l'ont, alors que... voilà, ils savent que tout seuls, ils n'auraient jamais pu l'avoir, mais c'est aussi notre rôle de coordination, et c'est là, elle est là, notre plus-value » (FCZL1162).

1.1.3 Le médecin généraliste

Les médecins coordonnateurs considèrent le médecin généraliste comme le « *médecin référent du patient* », celui qui « *connait le patient* » (E2L180).

Pour eux, ce médecin apporte à la structure sa connaissance du monde ambulatoire et sa vision globale du patient. Il leur donne également son regard médical sur la prise en charge :

« Sa connaissance du terrain [...] la connaissance des... dynamiques familiales, la connaissance de son patient, de son... le mode de fonctionnement de son patient, de son historique, de son histoire, la connaissance euh... parfois des libéraux, en termes d'échange » (E11L694-698).

Un médecin coordonnateur considère que le rôle du médecin généraliste reste le même lorsque son patient entre en HAD et qu'il garde sa place centrale, tandis que pour les autres, le médecin généraliste endosse le rôle de médecin hospitalier, avec les responsabilités que cela entraîne :

« [...] quand il signe le fait que le patient est en HAD, il passe de son rôle de médecin traitant libéral au médecin hospitalier en fait quelque part » (E6L158-159).

1.1.4 Les autres partenaires identifiés

1.1.4.1 Infirmières

Pour les médecins coordonnateurs les infirmières, libérales ou salariées, ont un rôle d'exécutrices des prescriptions et du plan de soin élaboré par l'HAD. Ils attendent d'elles qu'elles leur fassent des retours sur les situations au domicile.

1.1.4.2 Médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers sont identifiés par les médecins coordonnateurs comme des ressources en cas de nécessité d'un avis spécialisé.

1.1.4.3 Equipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs

La collaboration entre médecin coordonnateur et médecin d'équipe mobile de soins palliatifs dépend du secteur géographique des deux entités et de l'organisation interne de chaque HAD.

Tous les médecins coordonnateurs interrogés possédaient eux-mêmes ou dans leur équipe des compétences en soins palliatifs internes à leur HAD.

Les médecins coordonnateurs de l'HAD Aural Strasbourg sont amenés à collaborer avec les équipes mobiles du territoire.

Sur certains territoires l'HAD et l'équipe mobile de soins palliatifs se sont associées afin de mettre en commun leurs compétences.

Un autre territoire ne possédant pas d'équipe mobile de soins palliatifs extra hospitalière, l'HAD a donc développé une filière exclusive de soins palliatifs.

1.1.4.4 Prestataires de service

Les HAD peuvent solliciter des prestataires pour la délivrance de matériel ainsi que pour bénéficier de prestations de services :

« C'est un prestataire de service, c'est-à-dire que ça va apporter un service X, c'est-à-dire une nutrition, une... antibiothérapie, etc. Et tout le reste ne va pas être géré par le prestataire de service » (E11L909-910).

Les médecins coordonnateurs insistent sur la distinction entre « prestataire de service » et « hospitalisation à domicile », dont les indications sont pour eux totalement différentes.

Un médecin coordonnateur considère que les prestataires simplifient l'organisation du retour à domicile pour le médecin hospitalier « *tu appelles, ils sont là dans la journée... tu fais ta pres-... maintenant ils font les prescriptions, tu n'as plus qu'à signer, et... et puis tu ne t'occupes plus de plus rien* » (E11L904).

1.2 L'admission en HAD

1.2.1 Le médecin coordonnateur comme lien de l'hôpital vers la ville.

Tous les médecins coordonnateurs affirment ils appellent le médecin généraliste du patient avant sa sortie d'hospitalisation conventionnelle. Lorsque ce dernier n'est pas joignable, certains laissent un « message » (FCZL526) ou envoient un « mail » (FCZL530). D'autres délèguent ensuite la tâche à l'infirmière de coordination.

Pour plusieurs médecins coordonnateurs, l'objectif de cet appel est de respecter la démarche officielle. En effet les médecins coordonnateurs sont tenus par les textes de loi de recueillir l'accord du médecin généraliste avant toute admission en HAD. Ils profitent de cet échange pour transmettre au médecin des informations sur leur patient :

« Non seulement tenus, mais tracés dans le dossier. Ça fait partie des indicateurs de qualité sur lesquels on est jugés. » (FCXL368).

Plusieurs médecins coordonnateurs remarquent que lorsqu'ils appellent les médecins généralistes et leur donnent des nouvelles de leurs patients, ces derniers sont généralement très satisfaits.

Ils pensent que cela est lié au fait que ces médecins généralistes n'avaient reçu aucune nouvelle de leur patient depuis le début de l'hospitalisation :

« Il est content qu'on l'appelle, parce que... il ne savait pas... il n'avait pas eu de nouvelles du patient depuis très très longtemps » (E11L246).

1.2.2 Des admissions principalement en sortie d'hospitalisation complète

Les médecins coordonnateurs notent que la majorité des admissions en HAD se font sur prescription hospitalière. Ils mentionnent toutefois quelques appels de médecins généralistes pour mettre en place une HAD au domicile.

1.2.3 Les difficultés ressenties lors d'un retour à domicile

1.2.3.1 Un lien vers le médecin généraliste trop tardif et les conséquences

Plusieurs médecins coordonnateurs font la remarque que le médecin généraliste est très souvent exclu du projet thérapeutique élaboré avec les services hospitaliers avant la sortie en HAD.

Plusieurs médecins coordonnateurs font état de situations où le médecin généraliste est prévenu trop tard de l'admission en HAD, entraînant parfois leur mécontentement. Ils comprennent que cet appel tardif puisse exacerber le sentiment de contrainte éprouvé par les médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD :

« On les met un peu au pied du mur, et ça c'est... c'est très désagréable pour eux » (E11L252).

Un médecin coordonnateur relate une situation où le médecin généraliste n'avait pas été sollicité pour le retour à domicile de son patient. Le contexte global s'est révélé à posteriori totalement défavorable à un maintien à domicile, conduisant à une réhospitalisation dans la foulée. Le médecin généraliste était pourtant au courant du contexte et aurait pu empêcher cette situation s'il avait été inclus en amont :

« Donc le patient, il est sorti de l'hôpital, et il est reparti aux urgences, le même jour, en l'espace de deux heures » (E11L389-390).

« [...] [le médecin] me dit : "Mais, pourquoi vous ne m'avez pas appelé moi, avant ? Parce que moi je vous aurais dit qu'à domicile, ça n'est pas possible !" » (E11L385-386).

Pour le médecin coordonnateur cette situation illustre l'importance d'anticiper et d'appeler le médecin généraliste avant tout retour à domicile :

« Si on avait appelé le généraliste avant [...] Ça aurait évité au patient un aller-retour, un re passage par les urgences » (E11L392-397).

1.2.3.2 Un médecin généraliste parfois désabusé

Les médecins coordonnateurs remarquent que de nombreux médecins généralistes, alors qu'ils sont contactés pour des admissions en HAD, semblent désabusés concernant certaines de leurs prises en charge. Ils attribuent cette perte d'intérêt au manque de considération du médecin généraliste dans le monde hospitalier :

« [...] ils s'en fichent un peu, parce que de toute manière [...] Ils disent souvent "De toute manière on ne me demande jamais mon avis, quand ils sortent de l'hôpital, ils sortent de l'hôpital. » (FCYL337).

1.3 Le déroulement de la prise en charge

1.3.1 Apport de la structure

1.3.1.1 Sécurisation et qualité de la prise en charge

Selon les médecins coordonnateurs, l'HAD permet de cadrer la prise en charge, procurant ainsi une sécurité et une qualité plus importante, renforcées par une astreinte 24h/24.

Ils mettent en avant que l'HAD permette parfois d'éviter une hospitalisation et donc offre la possibilité de respecter la volonté du patient de rester à domicile. La plus-value thérapeutique leur semble également importante et insistent sur la diversité de l'offre de soin proposée par l'HAD :

« [...] tout ce qu'on a pu apporter [...] en termes de soulagement de la douleur et de tous les symptômes pour pouvoir avoir un accompagnement paisible » (E2L336-338).

1.3.1.2 Motifs de recours au médecin coordonnateur

Les médecins coordonnateurs remarquent que les médecins généralistes les appellent pour discuter du déroulement de la prise en charge, ou si la situation au domicile s'aggrave, ou encore pour organiser une hospitalisation. Ils constatent que de nombreux appels concernent les prescriptions médicamenteuses.

1.3.1.3 Disponibilité du médecin coordonnateur

Certains médecins coordonnateurs laissent leurs numéros de téléphone privés aux médecins généralistes et restent joignable en continu. Ils considèrent qu'il est important de donner au médecin généraliste un contact direct avec l'HAD :

« Moi ça ne me dérange pas, j'ai déjà eu aussi des appels, alors que j'étais en vacances [...] » (FCZL1157).

1.3.1.4 Le médecin coordonnateur conserve son rôle de liaison à la fin de l'HAD ou lors d'une réhospitalisation

Un médecin coordonnateur considère que les échanges avec les médecins généralistes, en plus de leur donner un « accès direct à l'hôpital », permet de les associer à la prise en charge :

« Tu l'associes... [...] il [te] dit "Ben, avant je ne savais pas quand mes patients étaient hospitalisés. Avec ce que vous avez mis en place, là, je suis au courant, je suis dans la continuité." (FCXL423-427).

1.3.1.5 Des échanges plus fréquents en situation complexe

Les médecins coordonnateurs disent avoir beaucoup plus tendance à échanger en cas de situation complexe. Un médecin coordonnateur remarque que cet échange avec le médecin généraliste lui permet notamment d'adapter avec ce dernier les prescriptions lorsque celles-ci ne suivent pas les recommandations de bonne pratique :

« Je me dis qu'au moins, le fait de pouvoir rediscuter avec mon collègue, etc, ça permet parfois de rattraper pas mal de choses, en termes de prescriptions médicamenteuses » (E11L672).

Si au contraire la prise en charge se passe bien, ils n'appellent pas ou très peu le médecin généraliste.

Le lien direct médecin/infirmière est privilégié sur les situations ne présentant pas de difficulté majeure.

Dans une des HAD, ce sont les infirmières de coordination qui transmettent l'évolution du patient au médecin généraliste.

1.3.2 Les difficultés ressenties

1.3.2.1 Médecine générale : des pratiques trop hétérogènes pour le fonctionnement très protocolisé des HAD

Les médecins coordonnateurs trouvent compliqué de collaborer avec autant de médecins généralistes différents, car cela les oblige à constamment s'adapter : « [...] comme il y a des types de médecins différents et qui ont des souhaits différents, et qu'il faut faire du truc à la carte, c'est compliqué » (FCXL728-729).

De plus, ils remarquent que les médecins généralistes ont des modes d'exercice très variés, avec des degrés d'investissement différents. Ils décrivent certains médecins généralistes comme très investis mais n'appréciant pas de devoir se « justifier » auprès d'un confrère, quand certains se désinvestissent totalement de la prise en charge dès lors que l'HAD se met en place :

« [...] et puis t'as ceux qui te disent *"*siffle* Allez mon gars, t'es le roi de la piste, moi je n'y connais rien* » (FCXL56-57).

Les médecins coordonnateurs pensent que le désinvestissement de certains médecins généralistes pourrait être lié à une vision erronée de l'HAD : à partir du moment où elle prend en charge le patient, celui-ci est considéré hospitalisé donc le médecin généraliste n'a plus à intervenir. Un médecin coordonnateur avoue que son travail est simplifié lorsque le médecin généraliste lui laisse entièrement la main : « J'avoue que quand ils me laissent la main... pour moi c'est plus confortable. » (FCZL275).

Plusieurs médecins coordonnateurs rapportent des difficultés auxquelles ils ont été confrontés lorsque les prescriptions du médecin traitant ne leur semblaient pas conformes aux recommandations de bonne pratique :

« C'est une vraie difficulté, par contre. Pour moi, en tout cas, en tant que médecin, de voir des prescriptions qui ne sont pas forcément dans les... dans les clous » (E11L672).

1.3.2.2 Un manque de collaboration de la part de certains médecins généralistes

Les médecins coordonnateurs regrettent que, contrairement à eux, beaucoup de médecins généralistes ne soient pas dans une dynamique de travail d'équipe :

« [...] les médecins libéraux, je pense qu'ils ne sont pas dans cet esprit, parce qu'eux, ils ont l'habitude de travailler seuls, de prendre leurs décisions seuls, et finalement de ne rendre de comptes à personne » (FCZL270).

Cet état d'esprit complique une collaboration basée, selon plusieurs médecins coordonnateurs sur l'échange. Plusieurs médecins coordonnateurs observent qu'ils sont rarement contactés par les médecins généralistes, et regrettent cette relation à sens unique. Ils trouvent que ce manque de retour des médecins généraliste les empêche d'avoir une vision précise de la prise en charge au domicile.

1.3.2.3 Un médecin généraliste peu disponible

Tous les médecins coordonnateurs s'accordent sur le fait qu'ils ont beaucoup de mal à joindre le médecin généraliste. L'un des médecins coordonnateurs précise que selon lui cette difficulté découle de leurs « horaires discordants » (FCXL84).

Plusieurs médecins coordonnateurs ont l'impression de déranger le médecin généraliste lorsqu'ils l'appellent : « on a vraiment l'impression de... de le déranger ET on le dérange ! » (E2L192).

Un médecin coordonnateur mentionne avoir été confronté à plusieurs reprises au téléphone à des médecins généralistes très virulents. De ce fait, plusieurs médecins coordonnateurs avouent avoir tendance à ne pas appeler souvent leurs confrères par « peur de déranger » (E6L586).

Les médecins coordonnateurs soulèvent également leur difficulté à mobiliser rapidement les médecins généralistes au chevet des patients :

« [...] tu alertes les médecins, tu dis "Il a mal", "Oui ben je passe la semaine prochaine le voir". » (E6L195).

Ils trouvent que la diminution actuelle des jours travaillés par les médecins généralistes n'est pas compatible avec leur place théorique de référent :

« [...] ils sont pivots de la prise en charge, mais s'ils partent en vacances en Sicile, eh ben, on doit se débrouiller, ce n'est pas à lui de s'occuper de ses patients » (FCYL1410-1411).

Un médecin coordonnateur remonte les difficultés qu'il rencontre lorsqu'il doit prendre le relais et engager sa responsabilité à la place du médecin traitant si celui-ci est injoignable.

Certains médecins coordonnateurs parlent de situations dans lesquelles le patient n'a pas du tout de médecin traitant, les obligeant à endosser ce rôle, ce qui peut entraîner des difficultés quant à l'organisation :

« [...] on ne peut pas prescrire sans avoir vu le patient, ça veut dire qu'il faut faire des visites à domicile, quand tu mets un traitement il faut aller le ré-évaluer, et du coup ça c'est plus compliqué en termes de temps alloué » (E11L106-107).

Un médecin coordonnateur souligne le fait que le suivi intégral d'un patient n'entre pas dans les missions qui lui sont attribuées par sa structure.

1.3.2.4 Des difficultés à maintenir le cadre hospitalier

Les médecins coordonnateurs reconnaissent que la réglementation imposée par l'HAD est difficile à appliquer pour les médecins généralistes :

« [...] pour eux, ça ramène des difficultés, mais parce qu'ils sont soumis aux normes d'hygiène et de sécurité » (E11L639).

Quelques médecins coordonnateurs pensent que les médecins généralistes n'ont pas conscience que ces règles ont pour but de sécuriser la prise en charge.

Un autre fait remarquer que les infirmiers sont plus impactés par ce cadre que les médecins généralistes, qui, selon lui, seraient « protégés » afin d'entretenir de bons rapports :

« On ne va pas se les mettre à dos, on ne va pas leur imposer trop de trucs, parce que de toute façon on est déjà bien contents qu'ils aient signé un accord et qu'ils se déplacent une fois toutes les saints Glinglin » (FCXL1279-1282).

1.3.3 Ressenti sur leur rôle propre

1.3.3.1 Un sentiment de dévalorisation

Certains médecins coordonnateurs trouvent que leur travail n'est pas assez considéré par les médecins généralistes et ont parfois l'impression de ne pas avoir de légitimité auprès de leurs confrères :

« [...] avec l'HAD, on prémâche le travail, et là je trouve que des fois, les généralistes, ils ne se rendent pas trop compte du travail qui est fait. » (FCYL1594).

« Et ça peut être aussi un problème pour les médecins généralistes, de sentir que le médecin coordonnateur il est dans son bureau, dans sa petite forteresse... C'est ce qu'on peut nous reprocher » (FCYL1009-1011).

1.3.3.2 Déséquilibre entre les attendus et les compétences

Certains médecins coordonnateurs ont l'impression que leurs confrères hospitaliers et libéraux attendent d'eux un niveau de compétence élevé et très diversifié, qui peut parfois les mettre en difficulté :

« [...] les médecins peuvent être aussi - en tout cas généralistes - peuvent être en attente de compétences particulières du médecin coordonnateur, qui... n'a pas toujours les billes. Et ça... franchement [...] peut aussi se poser le problème de la place du médecin coordonnateur dans... dans son rôle propre » (FCYL1639-1643).

Alors que pour tous les médecins coordonnateurs présents, la plus grande compétence à avoir, c'est un réseau de correspondants.

1.3.3.3 Un manque de temps dédié aux patients

De manière générale les médecins coordonnateurs trouvent qu'ils n'ont pas assez de temps à consacrer, que ce soit au patient ou à leurs confrères. Plusieurs attribuent ce manque de temps à un problème de sous-effectif ou à un problème d'organisation du temps :

« On n'est pas suffisamment nombreux pour pouvoir, en tout cas, répondre et se déplacer et avoir un travail de supervision. » (FCXL907).

2 Point de vue des médecins généralistes

2.1 Protagonistes : rôles et représentations

2.1.1 L'établissement HAD

Pour les médecins généralistes, un patient pris en charge en HAD implique une certaine technicité, une gestion logistique et humaine importante et permet d'apporter au domicile les moyens habituellement réservés à l'hôpital.

L'organisation de l'HAD leur semble similaire à un service hospitalier. « *Eh bien l'HAD j'ai l'impression que c'est structuré comme un service hospitalier* » (E8L228). L'intervention de l'HAD est là pour alléger la charge des médecins généralistes. Ils attendent qu'elle prenne le relais de la continuité des soins.

Un médecin considère que l'HAD est « *un concept administratif [...] inapplicable en pratique* » (E14L71). Néanmoins dans l'ensemble, l'organisation précise de l'HAD reste méconnue de la plupart des médecins généralistes.

2.1.2 Le médecin coordonnateur

Les médecins généralistes attribuent au médecin coordonnateur un rôle majoritaire de coordination de la prise en charge, notamment en tant que lien entre les professionnels de santé. Pour eux, le médecin coordonnateur semble également avoir de nombreuses tâches administratives. Ses missions plus précises restent toutefois « *assez flou[es]* » (E12L384) pour la plupart des médecins généralistes.

2.1.3 Le médecin généraliste

2.1.3.1 Hors HAD

Les médecins généralistes se définissent comme des médecins de « *soins primaires* » (E10L71 ; E12L51), des « *médecins de famille* » (E5L57 ; E4L39 ; E10L70). Cela implique une prise en charge globale du patient, en tenant compte non seulement de l'aspect médical, mais aussi de son environnement et de son entourage. Le médecin accompagne son patient, que ce soit d'un point de vue

somatique ou psychologique, au long cours, sur des situations aiguës et chroniques. Ces fonctions nécessitent un investissement en matière de temps et d'écoute :

« Même en étant installé depuis 15 ans et connaissant mes chroniques par exemple... bien, je ne vois pas comment je pourrais faire une consultation en quinze minutes... Impossible... » (E7L179-180).

Certains médecins généralistes insistent sur la liberté procurée par l'aspect libéral de leur profession :

« Je ne suis lié à aucun employeur. Et j'ai la chance de pouvoir prendre le temps dans mon travail. J'ai la chance de ne pas avoir un rendement qui m'est imposé. » (E7L127-131).

2.1.3.2 En HAD

Lorsque l'un de ses patients est admis en HAD, le médecin généraliste entend rester le référent principal de la prise en charge, et conserver son rôle de soutien et d'accompagnement pour le patient et ses proches : *« [...] le médecin généraliste reste au milieu du système [...] » (E10L113).*

2.1.4 Les autres partenaires identifiés

2.1.4.1 Infirmières

Les médecins généralistes identifient les infirmières libérales comme des partenaires de soin, et attendent d'elles une certaine fiabilité :

« Je sais que quand cette infirmière va intervenir, je sais que je peux compter dessus, je sais que si le malade ne va pas bien, j'aurai un coup de fil, je sais qu'elle va me communiquer les choses » (E9L698-700).

La plupart des médecins généralistes constatent que, dans le cadre d'une HAD, ils ne connaissent pas les infirmières employées, ce qui leur pose des difficultés que nous évoquerons plus bas.

2.1.4.2 Médecins hospitaliers

Les médecins généralistes voient les médecins hospitaliers comme des partenaires thérapeutiques, avec lesquels ils échangent sur les prises en charge de leurs patients communs.

2.1.4.3 Equipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs

Les médecins généralistes interrogés travaillent régulièrement avec les équipes mobiles de leur territoire, qu'ils identifient comme des experts auprès desquels ils sollicitent des « *conseils thérapeutiques* » (E7L365). Ces équipes sont reconnues comme un soutien à la prise en charge, en particulier lorsque l'état du patient se détériore.

2.1.4.4 Prestataires de service

Pour quelques médecins généralistes, la distinction entre HAD et prestataire est floue, voire absente :

« *[l'HAD] c'est quand même un peu un prestataire de service en fait* » (E7L467).

La plupart des médecins généralistes n'ont que très peu affaire aux prestataires de service et éprouvent de ce fait des difficultés à les comparer, tandis que certains font parfaitement la différence et identifient les prestataires comme fournisseurs de produits :

« *Ce sont ceux qui gèrent tout ce qui est matériel... qu'on ne trouve pas en pharmacie* » (E12L870).

Un médecin généraliste trouve que le prestataire n'apporte aucune plus-value par rapport à une infirmière libérale seule. Il explique qu'il ne sollicite pas les prestataires car il n'a pas le droit de prescrire la majorité des produits concernés :

« *Ça passe par le spécialiste ou par l'hôpital parce que la nébulisation je peux pas la prescrire moi.* » (E4L418).

2.2 L'admission en HAD

2.2.1 Modalités de transmission d'informations entre partenaires

Certains médecins généralistes confirment avoir été contactés par le médecin coordonnateur de l'HAD lors de l'admission d'un patient à partir de l'hôpital, un autre dit avoir été contacté par le service hospitalier. Quelques-uns rapportent avoir appris que l'HAD était en place alors que le patient était déjà à domicile :

« *[...] j'ai découvert qu'elle était en HAD et j'ai eu le courrier comme quoi j'acceptais une semaine après que l'HAD soit déjà en place* » (E4L117-118).

2.2.2 Le médecin coordonnateur rarement identifié pour initier une HAD.

Une petite partie des médecins généralistes interrogés appellent le médecin coordonnateur pour mettre en place une HAD et l'ont identifié comme un interlocuteur avec qui ils communiquent de manière privilégiée. Cette connaissance mutuelle est pour eux un élément facilitateur, qui augmentent leur propension à travailler avec l'HAD de leur secteur.

2.2.3 Difficultés rencontrées

2.2.3.1 L'HAD, un établissement peu connu et peu utilisé

Les médecins généralistes interrogés n'ont eu que peu de patients en HAD et ne sont que très rarement initiateurs d'une HAD. Ils ne l'identifient pas comme une solution en première intention : « *C'est vraiment un extrême recours pour moi* » (E8L306).

Ils attribuent cela à une méconnaissance des modalités de mise en place de l'HAD. Un médecin pense que son mode d'exercice (en cabinet seul) influe sur la rareté de ses sollicitations de l'HAD.

De manière générale les médecins généralistes regrettent de ne pas connaître les intervenants de la structure et l'absence d'un temps dédié à la présentation de ces intervenants. Cette méconnaissance est responsable d'une méfiance de leur part à l'égard de ces professionnels inconnus.

« *C'est peut-être un peu le souci [...] c'est de... finalement de... pas connaître qui vient s'occuper du patient, qu'il n'y ait pas ce temps de connaissance qui soit organisé* » (E5L186).

2.2.3.2 Une HAD imposée au médecin généraliste

Dans la majorité des cas l'HAD est vécue comme « imposée » au médecin généraliste :

« *Ils m'ont été un peu... catapultés comme ça on va dire* » (E4L74).

Plusieurs médecins généralistes rapportent que dans la plupart des situations leur accord n'avait pas été recherché au préalable et qu'ils se sont sentis forcés d'accepter l'HAD :

« *[...] à chaque fois je me suis retrouvée avec un patient on m'a dit 'Bin il est en HAD'. Puis après je reçois le papier de consentement et une fois qu'il est en HAD je vais pas lui dire 'bin non' quoi* » (E4L142-144).

Un médecin généraliste met l'accent sur le fait que « *en théorie, l'HAD normalement il faut l'accord du médecin traitant pour qu'elle soit mise en place* » (E4L116).

Un autre fait part de son impression d'avoir été utilisé par l'HAD pour porter la responsabilité d'actes dont il n'était pas l'initiateur :

« *En fait, ils ont besoin d'un prescripteur de ville, pour que légalement il soit responsable, mais que c'est eux qui prennent les décisions des choses* » (E3L350).

2.3 Le déroulement de la prise en charge

2.3.1 L'HAD comme soutien

2.3.1.1 Le médecin coordonnateur : une personne ressource ?

Le médecin coordonnateur est parfois perçu comme un soutien auprès des médecins traitants, à qui il apporte ses « *compétences spécifiques* » (E14L410) .

Un médecin généraliste souligne la disponibilité du médecin coordonnateur, qu'il a beaucoup appréciée.

2.3.1.2 Apport de l'HAD

Les médecins généralistes considèrent l'HAD comme une aide à la prise en charge, principalement par son apport de ressources matérielles et de compétences techniques :

« *[...] je trouve que c'est vraiment une plus-value, pour tout ce qui est soins techniques, parce que moi je ne maîtrise pas* » (E12L89).

Ils apprécient la possibilité de respecter le souhait du patient de rester à domicile tout en bénéficiant de soins de type hospitaliers.

Le caractère enrichissant du travail en équipe est mis en avant par un médecin exerçant seul, notamment sa plus-value en qualité d'accompagnement et de soutien pour les équipes soignantes ambulatoires, permettant « *l'échange, l'apprentissage* » (E10L176).

2.3.2 Difficultés ressenties

2.3.2.1 Absence de logique de proximité et multiplicité des soignants

Plusieurs médecins généralistes constatent que l'HAD s'appuie peu sur leurs propres réseaux d'intervenants et lui reprochent de ne pas ou très peu travailler avec eux :

« Et je ne comprends pas que les pharmaciens de quartier ne soient pas impliqués de la même manière que moi, ça je ne comprends pas. Que les infirmiers ne soient pas forcément impliqués de la même manière que moi je le suis » (E3L290-292).

Ces médecins ont en effet tendance à s'en remettre plus facilement aux professionnels avec qui ils ont l'habitude de travailler, avec qui ils ont établi une relation professionnelle de confiance. Ils souhaiteraient que l'HAD leur demande leur avis pour le choix des intervenants, puisqu'il s'agit de **leur** patient. Certains médecins refusent de travailler avec des soignants lorsque leur fiabilité n'est pas assurée.

Plusieurs des généralistes interrogés pointent la multiplicité des intervenants en HAD entraînant une *« dépersonnalisation des intervenants » (E9L242).*

2.3.2.2 Structuration hospitalo-centrée de la prise en charge

2.3.2.2.1 *Une responsabilité hospitalière, plus contraignante*

Certains médecins généralistes ont conscience de l'évolution de leurs missions lors de la mise en place en HAD, et font remarquer que *« c'est finalement la casquette hospitalisation [...], qui est contraignante » (E9L178).*

Les conditions hospitalières présentent en effet des aspects qu'ils ne trouvent pas forcément adaptés à la médecine ambulatoire. Elles nécessitent que le médecin généraliste soit beaucoup plus disponible et entraînent de plus grandes responsabilités :

« La médecine hospitalière c'est... plus lourd, plus de réactivité, plus d'immédiateté que la médecine générale de base » (E9L865).

Les pathologies traitées, souvent très spécifiques, très techniques peuvent également être sources de difficultés pour le médecin généraliste :

« *Tout ce qui est... nutrition parentérale... ou entérale, d'ailleurs... Tout ce qui est... euh... des perfusions compliquées... des soins... des soins de pansement très compliqués, que je ne maîtrise pas* » (E12L131-132).

2.3.2.2.2 *Un cadre hospitalier pesant et centré sur la technique*

Un médecin généraliste relève la difficulté d'articuler le cadre des spécialistes hospitaliers, plutôt rigide, au cadre du médecin généraliste, plus souple. Les médecins généralistes déplorent que l'HAD semble donner la priorité au soin plutôt qu'au patient lui-même :

« *Les gens qui viennent faire le soin et qui s'organisent autour d'une technique ou d'un geste, moi je trouve ça peu... peu... enfin peu thérapeutique* » (E8L497).

Bien que la structuration apportée par l'HAD soit parfois appréciée et recherchée, la majorité des médecins généralistes trouvent que l'HAD est globalement une structure rigide et non adaptable, notamment concernant les modalités de prescriptions, décrites comme lourdes, compliquées, chronophages « *déjà je n'aurais pas passé une heure pour faire la prescription* » (E14L213).

Ils décrivent ces modalités associées à des contraintes administratives et logistiques pouvant entraîner des retards à la prise en charge, parfois même lorsque la situation nécessitait une adaptation rapide du traitement :

« *Il m'est arrivé d'aller le voir, ce monsieur, un samedi après-midi, de faire les prescriptions sur la tablette, et puis de découvrir la semaine d'après qu'en fait, les médicaments prescrits, ils ont été livrés le lundi matin, alors que c'était une urgence* » (E14L208-211).

Concernant les HAD utilisant un dossier de soins informatisé, les médecins généralistes le trouvent compliqué d'utilisation, entraînant une perte de temps supplémentaire et pouvant nuire à la qualité de leur prise en charge : « *Je pense pouvoir prendre en charge quelqu'un à domicile sans avoir à passer trois quart d'heures sur un ordinateur* » (E7L619).

2.3.2.2.3 *Un soutien insuffisant de la part de l'HAD*

Alors que le médecin coordonnateur se définit comme un soutien au médecin traitant, certains médecins généralistes ne se sentent pas appuyés par l'HAD « *J'ai l'impression qu'il n'est pas là pour m'aider* » (E3L392).

Mais ils pondèrent ce ressenti, qu'ils attribuent surtout à une mauvaise définition des rôles de chaque médecin « *[...] des rôles qui n'étaient pas bien clairs* » (E3L174), ce qui entraîne une confusion dans leur place durant la prise en charge.

2.3.2.3 Une communication inter professionnelle dysfonctionnelle

Certains médecins généralistes regrettent de ne pas avoir eu de contact direct avec le médecin coordonnateur. Un médecin généraliste reconnaît parfois ne pas prendre les appels et pense que cela contribue au manque de retour de la part des médecins coordonnateurs.

Plusieurs médecins déplorent de ne pas avoir été informés d'une visite à domicile effectuée par le médecin coordonnateur : « *Ouais, une fois le médecin... je ne sais pas, il était intervenu [...], sans que je sois au courant* » (E10L321).

2.4 La sortie d'HAD

Un médecin généraliste insiste sur le fait qu'il n'a pas été informé du décès de son patient, qu'il a donc découvert en se rendant sur place pour une visite, situation qu'il a vécue comme très désagréable :

« *[...] et l'HAD n'a pas prévenu que la dame était décédée donc un jour on s'est pointées à domicile et il y avait... enfin la patiente était plus là, vu qu'elle était décédée.* » (E4L126).

Un autre fait remarquer que le dossier de l'HAD disparaît à la fin de la prise en charge, entraînant pour lui une perte d'information.

3 Focus sur les soins palliatifs au domicile

3.1 Le ressenti des médecins coordonnateurs

3.1.1 Des compétences intra-structure

La majorité des médecins coordonnateurs interrogés ont une appétence pour les soins palliatifs. Plusieurs ont des diplômes spécifiques ou partagent leur temps de travail avec une unité de soins palliatifs :

De manière générale les médecins coordonnateurs disent se mobiliser davantage sur les situations palliatives.

Un des médecins coordonnateurs reconnaît ne pas être à l'aise avec certaines situations palliatives très techniques mais dit n'avoir jamais été complètement bloqué et avoir toujours pu s'appuyer sur ses collègues :

« On est un groupe hein, donc bon si c'est [...] ... le soin de douleur, quelque chose comme ça, je vais m'appuyer sur XX ou sur XX. » (E6L338-340).

3.1.2 Importance de la communication

Tous les médecins coordonnateurs soulignent l'importance de la communication dans les situations palliatives, et plusieurs remarquent être plus enclins à échanger avec le médecin généraliste sur les prises en charges palliatives, notamment afin d'apporter une aide thérapeutique au médecin généraliste :

« [...] je peux être amenée à appeler plus souvent le médecin, lui proposer mon aide évidemment pour des soins pal'. Palliatifs » (E11L271).

Les médecins coordonnateurs soulignent également l'intérêt d'organiser des réunions pluri professionnelles, afin d'échanger et d'apporter du soutien à l'équipe :

« [...] dans des situations... palliatives, d'accompagnement, le fait de réunir tous les professionnels permet aussi d'avoir le ressenti de chacun par rapport à la situation [...] que chacun puisse exprimer ses difficultés et qu'ensemble on trouve des solutions [...] » (E2L138-142).

Les médecins coordonnateurs reconnaissent la bonne volonté des médecins généralistes sur ces prises en charge qualifiées de complexes :

« Globalement, je trouve que le médecin généraliste, il est plutôt... plutôt cool, hein. Je veux dire... Il accepte, il gère, il essaye de faire du mieux qu'il peut... avec ses... ses éléments de compétences » (FCXL1570-1572).

Deux médecins coordonnateurs mentionnent les patients « perdus de vue » lors de prises en charge ultraspecialisées, récupérées par le médecin généraliste en toute fin de parcours. Le médecin généraliste récupère alors un patient qu'il ne connaît plus et qui est complètement différent de celui qu'il prenait en charge auparavant :

« Et puis après on arrive "Oui, alors il va... avoir une grosse tumeur, avec un truc végétant, un pansement qui dure trois heures... Il a des tuyaux partout, une pompe, etc... et c'est vous qui allez-vous en occuper !" » (FCYL1468-1469).

Les médecins coordonnateurs considèrent alors qu'il est de leur rôle de renseigner le médecin généraliste et de lui donner des nouvelles de son patient.

3.1.3 Les difficultés rencontrées

3.1.3.1 Le médecin coordonnateur confronté à des prises en charge inadéquates

Les médecins coordonnateurs éprouvent des difficultés lorsque le médecin généraliste n'est pas dans une démarche palliative :

« Il voulait que les infirmières - alors qu'elle était en fin de vie, d'une maladie neuro-dégénérative -, il voulait que les infirmières lui pèlent les jambes pendant des heures » (FCXL834-836).

Ils décrivent être parfois confrontés à des prescriptions inadaptées à la situation, pouvant porter atteinte à la qualité de la prise en charge.

Un médecin coordonnateur fait remarquer les conséquences pour le patient ainsi que les difficultés engendrées pour le reste de l'équipe et pour lui-même, du fait de son rôle non décisionnaire :

« La prise en charge est inadaptée, avec des symptômes qui ne sont pas soulagés... Création de nouveaux symptômes par des traitements inadaptés... » (E11L788-790).

Plusieurs médecins coordonnateurs rapportent des situations où le patient a été réhospitalisé à la demande du médecin traitant ou du personnel soignant alors que selon eux la situation ne le nécessitait pas et le patient ne le souhaitait pas. Ces médecins coordonnateurs disent s'être alors retrouvés en position délicate vis-à-vis des autres partenaires :

« [...] le médecin commence à vouloir hospitaliser, alors qu'on est clairement dans une prise en charge qui ne fonctionne pas trop mal, certes qui est compliquée, mais que l'hospitalisation, c'est du choix du médecin, et qu'au final, il n'y a vraiment pas de raisons » (FCYL1388-1391).

« ... toi (le médecin coordonnateur), tu es le garant du souhait du patient, de l'aidant... voilà... et puis des soignants, qui ont tous, pour des raisons différentes, intérêt à ce qu'il aille à l'hôpital, alors que... Et puis un médecin traitant, qui, bhein au bout d'un moment, pas par... pas parce qu'il marche dans la combine, mais... [qui] en as ras-le-bol, quoi, [qui] est appelé deux fois euh... pendant la consult', [qui] dit "Bon bhein faites chier, tiens, voilà la lettre, allez... " » (FCXL1454-1459).

Un médecin coordonnateur souligne le manque de formations aux soins palliatifs dispensées aux médecins, et le retentissement que cela peut avoir sur les prises en charge :

« [...] sur les prises en charge de soins palliatifs [...] et prise en charge de la douleur [...] c'est quelque chose sur lequel mes collègues - en général -, hospitaliers ou non hospitaliers, ne sont pas forcément très bien formés [...] » (E11L724-727).

3.1.3.2 Difficultés d'échanges entre intervenants

Tout comme les médecins généralistes, plusieurs médecins coordonnateurs déplorent l'absence de réunions entre l'HAD et les médecins généralistes lors des prises en charge palliatives alors qu'ils les considèrent importantes, notamment pour les soignants :

« [...] notamment les soignants libéraux ont pas... ne peuvent pas partager effectivement ces difficultés-là, leur ressenti et leur souffrance... » (E2L150).

Un médecin coordonnateur évoque paradoxalement une situation où la collaboration avec le médecin généraliste se passait mal, mais s'améliorait paradoxalement au moment où le patient arrivait en fin de vie :

« *Quand elle a commencé à s'éteindre, voilà, il a fait confiance, et ça s'est bien fini.* » (FCXL831).

3.1.3.3 Difficultés observées auprès des équipes paramédicales

Les médecins coordonnateurs relèvent que les soins palliatifs sont sources de difficultés pour les soignants, d'ordre relationnel, ou liées aux soins, ou encore en cas de symptômes réfractaires :

« *Un patient qui est encombré... qui n'est pas confortable, qui est dyspnéique, qui est douloureux, [...] ça met les équipes en difficultés... soignantes...* » (E11L804-806).

Ces difficultés peuvent entraîner des demandes d'hospitalisation de la part des soignants jugées inadéquates par certains médecins coordonnateurs.

3.2 Le ressenti des médecins généralistes

3.2.1 Généralités

La majorité des médecins ont déjà eu des patients en soins palliatifs à domicile, principalement sans HAD et déclarent gérer assez facilement les situations palliatives à domicile : « *Moi je me sens assez à l'aise avec ça, je n'ai pas... je n'ai pas de grosses difficultés* » (E14L455).

3.2.2 Spécificités de la fin de vie

La plupart des médecins traitants ne se sentent pas particulièrement mis en difficulté par les situations de fin de vie au domicile :

« *Concernant spécifiquement l'accompagnement de fin de vie au domicile [...] ça ne me pose pas de problème plus que ça* » (E14L468).

Certains disent avoir une préférence pour une fin de vie au domicile afin de respecter les désirs d'un patient :

« On a le droit de mourir, on a le droit de savoir qu'on va mourir, on a le droit de savoir qu'on est chez soi » (E9L901).

3.2.3 L'HAD en soutien

L'HAD est vue par certains médecins généralistes comme un recours technique en situation palliative au domicile. Quelques médecins apprécient l'apport de compétences spécifiques, notamment sur les prises en charges de la douleur :

« Il y a ce côté par rapport aux choses techniques, un peu spécifiques on va dire de la fin de vie, ça c'est quand même ce gros avantage là » (E5L228).

Un médecin généraliste apprécie de pouvoir échanger avec l'équipe HAD dans ces situations :

« Le fait - j'insiste là-dessus, parce que c'est vrai... le fait qu'on puisse échanger avec eux, c'est... c'est important, oui » (E10L270-271).

L'indication d'HAD en situation de fin de vie au domicile est reconnue et approuvée par les médecins généralistes :

« Pour cette dernière patiente qui était en fin de vie ça me semblait logique qu'elle soit en HAD, ça permettait qu'il y ait en théorie un meilleur suivi » (E4L213).

Un médecin généraliste insiste fortement sur la plus-value de l'HAD pour le patient en fin de vie au domicile :

« Moi je considère que c'est une [...] victoire, que d'avoir réussi à faire que cette dame, qui avait un cancer du pancréas - dont on sait que c'est quand même sacrément douloureux -, puisse s'éteindre paisiblement au milieu des siens, dans sa chambre » (E10L235).

3.2.4 Les autres recours en soins palliatifs à domicile

Les médecins généralistes font très souvent appel aux équipes mobiles de soins palliatifs, que leur patient soit ou non en HAD. Ces équipes sont identifiées comme véritables partenaires thérapeutiques dans les prises en charges palliatives à domicile.

Elles sont sollicitées pour des conseils et pour des prescriptions spécifiques ainsi que pour apporter une pluridisciplinarité à la prise en charge :

« Ils étaient disponibles pour euh... pour les différents traitements, que ce soit pour l'utilisation de la morphine, [...] c'est bien d'avoir leurs conseils » (E7L575-576).

Un médecin généraliste souligne qu'il garde la main sur la décision finale :

« Avec les équipes de soins palliatifs : je demande un conseil, ils me disent écoutez là il faudrait faire ça comme ça, comme ça, comme ça, je dis OK, et je fais. Ou bien "Mon patient ne le souhaite pas, je ne le fais pas." » (E3L387-390).

3.2.5 Les difficultés ressenties

3.2.5.1 Liées à la pathologie

Plusieurs médecins généralistes se disent « marqués » par les situations palliatives, notamment du fait du caractère de la pathologie en elle-même. Ils observent que les autres soignants sont tout autant touchés par la lourdeur de ces pathologies :

« C'était jamais des situations banales quoi, donc marquantes, dans le sens où la pathologie est sévère, a évolué et les gens sont dans des situations tout à fait critique » (E8L140-141).

La manifestation physique de la maladie est également vécue comme difficile par un médecin généraliste :

« Et cette dame a été vraiment rongée. Rongée dans le sens où elle a eu une espèce de tuméfaction au niveau abdominal, qui commençait à sortir en fait... De tout ce magma de métastases... rongée quoi... C'est absolument affreux » (E7L316-318).

Un médecin dit s'être trouvé confronté à un refus de soin, l'obligeant à traiter les symptômes sans certitude diagnostique. Elle raconte alors sa difficulté d'avancer « en aveugle » (E12L559)

Plusieurs médecins insistent sur le caractère particulièrement chronophage de ces prises en charge :

« [...] ne serait-ce que pour réévaluer son état, rassurer la famille, discuter avec la famille etc., ça ...ça prend... ça prend vraiment beaucoup de temps » (E4L170-171).

Certains médecins décrivent leurs difficultés face aux soins très spécifiques et techniques qu'ils n'ont pas l'habitude de prescrire.

3.2.5.2 Particularité des nouveaux cas

Sur plusieurs des situations palliatives citées, il s'agissait de nouveaux patients. Deux médecins généralistes mentionnent qu'ils ont ainsi repris des patients car leur ancien médecin traitant ne se déplaçait pas :

« C'est un médecin traitant du quartier qui fait pas de visite à domicile et donc il lui a dit d'aller voir ailleurs » (E4L94).

Les médecins généralistes décrivent alors être confrontés à deux difficultés cumulées : la découverte d'un nouveau patient associée à la complexité engendrée par la pathologie évoluée.

3.2.5.3 Les difficultés rencontrées avec l'HAD

3.2.5.3.1 *Les médecins généralistes éprouvent un sentiment d'abandon*

Pour la plupart des médecins généralistes, la gestion thérapeutique des situations palliatives est gérée par le médecin traitant, le médecin coordonnateur n'étant pas identifié comme ressource.

Plusieurs médecins généralistes regrettent de ne pas avoir reçu plus de soutien de l'HAD sur leurs prises en charges palliatives communes, et reproche aux médecins coordonnateur de ne « *[pas être] aidants du tout* » (E4L107) Un médecin généraliste rapporte ses difficultés à mobiliser l'astreinte de l'HAD sur une urgence en contexte palliatif.

Ils déplorent également l'absence de réunion de coordination autour du patient.

Un médecin généraliste dit s'être paradoxalement senti seul sur la prise en charge :

« [...] je n'ai pas eu l'impression de faire partie d'une équipe. J'étais moi dans le système... [...] très... très isolée quand même » (E5L139-140).

3.2.5.3.2 *Paradoxe : L'HAD dite facilitatrice source de complications*

Les médecins généralistes perçoivent l'HAD comme intrusive :

« [...] c'est peut-être cette incursion dans le, dans l'intime de la maison, dans le domicile, l'hôpital qui vient à la maison, et puis après qui s'en va » (E5L281-282).

Un médecin généraliste compare l'envahissement du domicile en situation de fin de vie au « débarquement de Normandie » (E8L272).

Le grand nombre d'intervenants est considéré dans ces situations particulières comme totalement inapproprié :

« Il n'y a pas de relation et eux [les patients] ils sont en fin de vie et ils voient passer 15 personnes différentes qui viennent juste une fois pour leur mettre une compresse et leur piquer dans le ventre, ou leur refaire un pansement » (E8L276).

Un généraliste considère que l'HAD a totalement désorganisé la prise en charge déjà en place, et la rend responsable d'une plus mauvaise qualité de vie :

« Ça n'a pas amélioré la prise en charge. Au contraire, ça a plutôt désorganisé toute la prise en charge, de telle sorte qu'en fait il n'a plus jamais pu rentrer à domicile après... » (E14L188).

Plusieurs médecins reprochent à l'HAD une absence de réactivité dans la délivrance de médicament nécessitant une adaptation rapide de traitement d'autant plus que l'acheminement du traitement par la pharmacie de proximité aurait été beaucoup plus rapide :

« Moi, il m'est arrivé d'aller le voir, ce monsieur, un samedi après-midi, de faire les prescriptions sur la tablette, et puis de découvrir la semaine d'après qu'en fait, les médicaments prescrits, ils ont été livrés le lundi matin, alors que c'était une urgence » (E14L209-211).

« [...] j'appelle le pharmacien du coin avant 19H, il me dit OK, bhein demain j'ai ce qu'il faut quoi » (E3L202).

Quelques médecins généralistes considèrent que le rapport dépense d'énergie/ plus-value est en défaveur de l'HAD :

« C'est... une... un surcroît de travail et d'énergie par rapport à une prise en charge hors HAD, finalement, et que... et que la plus-value de l'HAD, elle ne dépasse pas ce surcroît d'énergie » (E14L635-637).

3.3 Particularité des aidants en soins palliatifs

Les familles sont considérées par les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs comme des partenaires de soins à part entière, parfois plus compétents que les médecins eux-mêmes :

« T'es quand même dans un truc avec des aidants super compétents, qui sont capables d'aspirer, qui connaissent euh... plein de trucs que toi tu ne connais pas... » (FCXL394).

Tous les médecins interrogés affirment que ces aidants sont le plus souvent inclus dès le début de la prise en charge dans les discussions et les décisions, et qu'eux-mêmes s'astreignent à les rencontrer si possible.

Les médecins coordonnateurs s'accordent à penser que l'entourage revêt en soins palliatifs une importance majeure, tandis qu'un médecin généraliste, en parlant de l'entourage, utilise les mots :

« [...] considérable, indispensable, incontournable... » (E8L517).

Ces aidants sont considérés comme les piliers de la prise en charge *« ce n'est pas moi le chef d'orchestre, pas du tout, c'est la fille » (E8L430).*

Les médecins généralistes évoquent des situations où les souhaits du patient et de son entourage étaient discordants, sources de tension dans la prise en charge pouvant aller jusqu'à mettre en échec la prise en charge à domicile :

« Si eux [les aidants] ils ne tiennent pas ce n'est même pas la peine, donc c'est terminé et on [...] re-hospitalise, on trouve un institut, on trouve un établissement... » (E8L519).

DISCUSSION

1 Les biais et limites de l'étude

1.1 Biais liés à l'investigateur

Il est possible que les praticiens interrogés aient plus facilement accepté de prendre du temps, se livrer sur leur pratique et leur opinions, à un futur confrère et collègue, plutôt qu'à un interrogateur externe à leur domaine. Cette proximité a pu néanmoins créer une certaine collusion et influencer des réponses.

L'inexpérience liée à l'exercice d'une méthode qualitative peut constituer un biais dans le recueil et l'analyse des informations. Le chercheur était accompagné durant toutes les étapes de son étude par sa directrice de thèse ainsi que par un Docteur en sociologie afin de minimiser ce biais.

Le fait d'appartenir au milieu médical peut également entraîner un biais de confirmation d'hypothèses, ou de présupposés liés à la propre expérience du chercheur sur ce sujet, c'est à dire une propension à privilégier les données confirmant les hypothèses ou à accorder moins d'importance à celles qui les contredisent.

Avoir été tour à tour faisant fonction de médecin coordonnateur et remplaçante en médecine générale permettait néanmoins d'atténuer ce biais. De plus les questions étaient ouvertes et orientaient le moins possible les médecins interrogés.

1.2 Biais liés à la méthodologie

1.2.1 L'échantillonnage

L'échantillon constitué est restreint.

Sur la totalité des médecins généralistes sollicités, peu ont pu se rendre disponibles pour les entretiens. Ils ont toutefois été nombreux à manifester leur intérêt quant à l'étude menée. Concernant les médecins coordonnateurs interrogés : il avait été décidé initialement de limiter nos recherches à une seule HAD, de par leurs fonctionnements très hétérogènes selon leurs territoires. Il nous semblait de ce fait plus difficile de comparer les inter agissements des partenaires de soins et leurs difficultés.

Après la réalisation et l'analyse d'un certain nombre d'entretiens individuels, le critère d'inclusion de médecins coordonnateurs du territoire de l'HAD de Strasbourg a été modifié : l'échantillon de médecins coordonnateurs a été étendu. Nous avons organisé un focus groupe afin d'obtenir d'avantages de données, et ce malgré le fonctionnement hétérogène de chaque HAD, pouvant constituer un biais. Un va-et-vient continu entre le recueil de données et leur analyse, tel que décrit par J Mukamurera et al. (44) a permis de détecter à temps les données manquantes et de préparer les recueils de données suivants en conséquence. Nous avons pu ainsi de nous assurer de l'atteinte d'un certain point de redondance dans les données (44).

La taille restreinte de l'échantillon limite les possibilité d'extrapolation mais n'entraîne pas de diminution de la valeur de cette étude qualitative, qui repose principalement sur le contenu du discours.

1.2.2 Lieu de l'entretien

Les entretiens individuels se sont déroulés sur le lieu de travail des praticiens.

- Pour les médecins généralistes, le RDV était fixé en dehors des consultations afin de limiter les interventions extérieures. Plusieurs entretiens ont tout de même dû être interrompus pour différentes

raisons : un appel téléphonique externe, le passage d'un collègue dans la salle d'entretien. Ces interruptions ont pu être source de distractions pour les participants et le chercheur, et nuire à la qualité des entretiens.

- Pour les médecins coordonnateurs, une salle était réservée pour l'entretien. Tous ont pu se dérouler sans interruption.
- Le focus groupe se déroulait dans une salle dédiée, avec l'accord de l'organisme organisateur du congrès, sur le lieu dudit congrès. Afin de ne pas perturber le déroulement de ce dernier l'heure de l'entretien avait été fixé entre deux ateliers. Cet horaire imposé par l'organisme organisateur a pu être un frein pour certains volontaires à participer à l'entretien. Malgré l'emplacement choisi, le focus groupe a été interrompu à plusieurs reprises par des intrusions extérieures. Ces dernières ont pu perturber le déroulement de l'entretien et faire perdre le fil aux participants.

1.2.3 Méthode de recueil des données

L'utilisation d'un smartphone pour l'enregistrement n'a pas semblé perturber les participants. Son format a pu représenter un avantage, en effet il est courant de nos jours d'avoir un téléphone posé sur son bureau. Ce dernier a donc tendance à se faire oublier, permettant aux participants de s'exprimer plus librement. Cependant l'entretien E14 a subi des dommages suite à un problème technique lors de l'enregistrement, ne permettant pas sa retranscription.

Pour plus de sûreté, un double enregistrement par deux appareils distincts aurait pu être prévu.

1.2.4 Codage et analyse des données

Dans ce type d'enquête, on peut s'interroger quant à la part de subjectivité de l'analyse effectuée par l'investigateur et ses conséquences sur la validité de l'étude.

Rappelons toutefois, comme l'énonce dans son ouvrage publié en 2006 le psychologue Thémis Apostolidis (43), spécialisé en psychologie sociale de la santé, que « *l'objectivité et la standardisation*

représentent des objectifs qui ne sont jamais véritablement atteignables dans l'étude de ce type de matériaux, voire même qui peuvent constituer des freins pour la profondeur et la créativité de l'analyse. »
(p.218) (43).

Afin de limiter cette subjectivité et de renforcer la qualité de l'analyse, deux entretiens ont été analysés par deux confrères impétrants. Le croisement des analyses était concordant et ne révélait pas de différence significative.

Nous avons également combiné deux méthodes de recueils de données que sont les entretiens semi-directifs et le focus groupe.

Cette démarche, appelée triangulation méthodologique, initialement décrite par Denzin en 1978, permet de s'assurer de la stabilité de certaines observations et de la fiabilité des conclusions obtenues par des voies différentes (43). En effet, ainsi que l'affirme Thémis Apostolidis dans ce même ouvrage « *La stratégie de triangulation vise à conférer aux démarches qualitatives non seulement de la validité mais aussi, et surtout, de la rigueur, de l'ampleur et de la profondeur à la recherche.* » (43) p.213

2 Les principaux éléments de comparaison entre nos deux groupes de médecins

Nous allons maintenant analyser et discuter des résultats obtenus.

Rappelons que l'objectif principal de l'étude était de comprendre les interactions entre les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d'HAD.

Les objectifs secondaires étaient d'appréhender les difficultés rencontrées par les deux groupes de médecins au cours de leur collaboration, d'analyser les éventuelles divergences et de comprendre la part jouée par les textes de loi.

2.1 Le cadre réglementaire de l'HAD confronté à l'organisation des soins en ambulatoire

Les médecins coordonnateurs ont tous insisté sur l'importance du « cadre » qu'apportait l'HAD sur une prise en charge. Pour eux, il permet une meilleure sécurisation, notamment du circuit du médicament, une permanence des soins plus efficiente, une médecine plus proche des recommandations de bonne pratique, en somme une prise en charge de meilleure qualité. Néanmoins ils décrivent des difficultés à inscrire ces prises en charge totalement dans ce cadre. Celles-ci seraient liées aux pratiques de certains de leurs confrères généralistes et autres partenaires libéraux.

Peu de médecins généralistes partagent ce point de vue sur l'amélioration de la prise en soin qu'apporterait ce cadre. Ils en énumèrent au contraire les nombreuses contraintes, le jugeant trop rigide, contenant trop d'obligations administratives, entraînant une perte de réactivité.

Pour eux, à trop vouloir entrer dans un cadre et respecter des règles théoriques peu adaptées au domicile, le patient en tant qu'individu serait délaissé au profit du soin et de la technicité. De ce fait les médecins généralistes considèrent que le cadre « imposé » par l'HAD entraîne une baisse de la qualité de certaines prises en charge.

De manière assez intéressante les deux groupes de médecins choisissent le patient pour conforter leurs argumentaires opposés, laissant à penser qu'il reste au centre de leurs préoccupations. Prenons l'exemple de la prise en charge de la douleur. Tandis que certains médecins coordonnateurs regrettent que les prescriptions de certains médecins généralistes ne soient pas plus en adéquation avec les recommandations de bonne pratique, entraînant sur différentes situations une prise en charge moins efficace de la douleur, certains médecins généralistes reprochent à l'HAD un manque de réactivité dans la délivrance des antalgiques, pouvant parfois entraîner la prolongation superflue des souffrances de leurs patients.

Pour appréhender ces différences de point de vue entre nos deux groupes de médecins concernant le cadre demandé par l'HAD, il faut tout d'abord rappeler quelques points de l'organisation du système de santé français :

2.1.1 Le cadre réglementaire de l'HAD

L'HAD, comme tout établissement de santé, est dans l'obligation de s'engager dans la démarche d'accréditation régie par le cadre réglementaire posé par les ARS (36). Elle est donc soumise à des règles très strictes de qualité et de sécurité. Plusieurs circulaires (18,19) définissent très précisément les missions des structures et de chacun des intervenants et de leurs partenaires. L'établissement est ensuite tenu de respecter ces textes. Ce mode de fonctionnement est adapté directement des structures d'hospitalisation conventionnelle.

A l'hôpital, l'application de ces règles de qualité et sécurité est facilitée par une organisation standardisée applicable dans tous les établissements :

- La permanence des soins en établissement de santé (45) (PDSES) associée à une continuité des soins y est une obligation réglementaire.
- L'organisation d'un circuit du médicament (46) et des dispositifs médicaux par une pharmacie hospitalière. Cette dernière participe à toute action d'information et de promotion sur les produits de santé et d'évaluation de leur bon usage. Elle organise également les actions liées à la pharmacovigilance et à la matériovigilance ainsi qu'à toute action de sécurisation du circuit du médicament, comme la conciliation médicamenteuse. Le médicament fait désormais partie des domaines pour lesquels l'HAS impose des exigences renforcées. Il fait l'objet d'une attention particulière de la part des experts visiteurs lors des procédures de certification (36).
- L'existence d'espaces dédiés à chaque niveau de soin, du matériel adapté, des procédures d'hygiène...

- Le personnel, formé spécifiquement à ces démarches (hygiène : lavage des mains, tenues spécifiques, protocole de stérilisation, spécialisation et technicité des filières de prise en charge, protocoles de soins...)

2.1.2 L'organisation des soins en ambulatoire

En ambulatoire, les modalités de pratique dépendent du territoire de santé mais aussi du patient et de son environnement. Depuis quelques années une volonté de structuration du paysage ambulatoire a entraîné le développement de structures et de réseaux de santé afin d'améliorer la qualité des soins de ville :

- La création par les ARS en 2016 de Structures Régionales d'Appui (SRA) (47) à la qualité des soins et à la sécurité des patients ayant pour objet de promouvoir et d'accompagner l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire.
- Une organisation de la permanence des soins ambulatoires (48) (PDSA), définie par les ARS, comprenant plusieurs conventions signées avec les médecins du territoire sur la base du volontariat, en fonction de la démographie médicale, hospitalière, des partenaires de l'aide médicale urgente tels que le SAMU et les Services d'aide médicale urgente.
- L'institutionnalisation des réseaux de santé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (49). L'article L. 6321-1 du Code de la santé publique (50) précise leurs missions : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires ».
- Depuis 2009, avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) (51), un développement de structures ambulatoires d'exercice coordonné, telles que les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, les centres de santé et depuis 2016 (52) les Communautés Professionnelles de Territoire de Santé.

Malgré toutes ces évolutions, certaines spécificités de prise en charge liées au caractère ambulatoire doivent être prises en compte par les médecins généralistes. Ces derniers sont tenus de subvenir au mieux à la santé de leurs patients par le Code de Déontologie Médicale (53). L'HAS utilise le terme de « *prise en charge médico-sociale* »(3). Cet aspect de la médecine fait partie des missions de santé assignées aux médecins généralistes selon la WONCA (4). Les principales spécificités en sont :

- La variabilité du lieu de consultation : les patients autonomes se déplacent en cabinet en consultation. Le praticien dispose alors de tout son matériel ainsi que d'une qualité d'hygiène adaptée. D'autres patients nécessitent une prise en charge à leur domicile. Certaines précautions standards peuvent être appliquées, bien que parfois dans des conditions difficiles (logement insalubre, voire l'absence de logement...). Le matériel à disposition est également plus restreint (le médecin ne pouvant pas se déplacer avec la totalité de son matériel)
- Le circuit du médicament : selon une étude menée par le Dr Catherine SGRO pour l'ANSM (54) en 2018, les particularités du circuit du médicament en ambulatoire contribuent à la survenue d'erreurs médicamenteuses.

2.1.3 La rencontre de deux mondes

Le principe de l'HAD visant à transposer strictement les règles hospitalières dans le monde ambulatoire semble donc insuffisamment adapté. A la lumière de ces arguments il apparaît que l'articulation de ces deux entités foncièrement différentes requiert une phase de connaissance mutuelle et d'adaptation avant de pouvoir fonctionner.

2.2 Des places mal définies

2.2.1 Un mode de fonctionnement et des places mal appréhendés par les médecins

Les missions des structures d'HAD, de chacun des intervenants et de leurs partenaires sont très précisément définies dans la circulaire DHOS du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (19).

Dans notre étude, de manière générale, chaque groupe de médecin définit clairement et justement les missions qui lui sont propres au quotidien. En effet la définition du médecin coordonnateur est quasiment superposable à celle donnée par les textes de loi (19), tandis que les missions du médecin généraliste se réfèrent aux principes énumérés par la WONCA (4).

Lorsque l'on se penche sur les représentations qu'ont les uns du rôle des autres, on observe un défaut d'appréhension de leurs fonctions respectives, qui perdent de leur richesse :

- Le médecin coordonnateur devient un administratif dont la fonctionnalité principale est la coordination du projet de soin et des professionnels autour de la prise en charge ainsi que le respect des critères d'admissibilité en HAD. Il perd toute fonction médicale et n'est que très rarement vu comme un partenaire thérapeutique.
- Le médecin généraliste quant à lui est perçu comme un médecin de premier recours auprès du patient. Il a une vision globale et un rôle majeur de prescripteur, il est le « référent médical » du patient. Mais toutes les missions qui incombent au médecin traitant ne semblent pas être connues des médecins coordonnateurs.

A ces visions tronquées des missions des médecins, s'ajoute une méconnaissance de la structure HAD par les médecins généralistes, entraînant un manque de sollicitation de l'HAD de leur part. Les médecins coordonnateurs interrogés regrettent que les médecins généralistes ne les sollicitent pas plus pour mettre en place des HAD chez leurs patients. Ils relèvent le manque de connaissance de la structure dans le

monde libéral, et pensent qu'une amélioration de la communication des HAD vers les libéraux serait une bonne chose.

En effet plusieurs médecins généralistes évoquent leur méconnaissance de l'HAD en général ainsi que de ses acteurs. Ils regrettent de ne pas recevoir plus d'informations en ce sens. La plupart reconnaissent ne pas y recourir du tout, ou très peu pour certains de ce fait.

2.2.2 Des missions de coordination qui se chevauchent

L'article L4130-1 du Code de la Santé Public (31) stipule que le médecin généraliste de premier recours est responsable de la coordination du parcours de soin de ses patients. De même la Direction de l'Information Légale et Administrative donne pour mission au médecin traitant la coordination du suivi médical (30). Or en HAD la coordination de la prise en charge est une mission du médecin coordonnateur (19). Dans les missions confiées au médecin traitant en HAD (19), bien qu'il soit désigné comme « pivot » de la prise en charge, toutes les fonctions portant sur la coordination du parcours de soin de son patient sont attribuées au médecin coordonnateur.

Ceci peut expliquer les difficultés de positionnement pour les médecins si les missions de chacun ne sont pas clairement définies en début de prise en charge.

De manière générale, une campagne de communication plus efficiente sur les missions de l'HAD et de ses acteurs internes semblerait indiquée auprès des médecins généralistes. Ces derniers sont en demande d'une telle communication. Les rares utilisant le dispositif insistent sur le fait qu'ils ont commencé à l'utiliser lorsqu'ils ont appris à mieux le connaître. Les différents rapports d'évaluation d'activité de l'HAD, tels que celui de la Cour des Comptes en 2015 (11) constatent que les campagnes de promotion menées ne portent pas les fruits attendus en termes de développement.

La CPAM du Bas-Rhin a mené courant 2018 une campagne de d'information auprès des médecins généralistes à l'aide de ses délégués d'Assurance Maladie (55). Après avoir recueilli les connaissances et les avis des médecins généralistes sur l'HAD, ces délégués leurs rappelaient les modalités de

prescription de l'HAD sur ce territoire. Il serait intéressant de vérifier l'impact à distance de cette campagne sur l'activité des HAD du territoire, par exemple en comparant les rapports d'activité des HAD avant et à 2 ans de cette campagne.

Après avoir établi que les rôles des médecins lors d'une prise en charge en HAD restent mal appréhendés par les deux groupes, malgré les textes et communications effectuées, nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement au rôle de « pivot » attribué au médecin traitant par la circulaire de la DHOS 2006 et ses difficultés d'application en pratique.

2.3 Les contraintes du suivi d'un patient hospitalo-requérant à domicile

La répartition des rôles des différents intervenants de la prise en charge HAD est précisée depuis mai 2000 dans la circulaire relative à l'HAD (18). Selon ce texte « *le médecin traitant est le pivot dans l'organisation d'une HAD* ».

Si nous nous intéressons à la définition donnée par le dictionnaire de la langue française Larousse, un pivot est une « *base, soutien essentiel, ce sur quoi tout repose ; axe, clef de voûte autour de quoi tout s'organise* ». (29)

La circulaire de 2006 mentionne également dans les missions du médecin traitant en HAD qu'il « *réévalue, avec l'équipe de l'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution* ». (19)

Dans notre cas cela implique pour le pivot, soit le médecin traitant, des impératifs en termes de compétences, de suivi rapproché et de réactivité, que nous allons développer ci-dessous.

2.3.1 Des impératifs de suivi rapproché et de réactivité

Les participants de l'étude partagent l'impression que les patients admis en HAD sont généralement plus instables que les autres patients suivis en ambulatoire et peuvent souvent nécessiter des prises en charge médicales lourdes associées à une surveillance et à des réévaluations cliniques rapprochées.

En effet, selon l'article R. 6121-4 du code de la santé publique (31) : « *les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade[...] des soins [qui] se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.* »

De plus, comme le précise la circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (19) : « *Les patients pris en charge dans des structures d'HAD, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement* ». Ces patients présentent donc certains critères d'hospitalisation, nécessitant une surveillance plus rapprochée.

Le médecin généraliste en tant que pivot doit pouvoir se rendre rapidement au chevet de son patient, et y retourner le nombre de fois nécessaire, théoriquement jusqu'à plusieurs fois par jour si la situation l'exige. Les pathologies étant souvent plus complexes, il sera également amené à y passer un temps plus long que lors de visites habituelles.

Or dans une enquête de la DREES réalisée en 2006 sur le temps passé au chevet du patient (56), les médecins estimaient la durée moyenne d'une consultation de médecine générale autour de 18 minutes pour les visites, sans compter le temps de trajet. Cette responsabilité peut donc se révéler très compliquée à assurer de manière pluri hebdomadaire en plus de ses consultations et visites habituelles.

2.3.2 Compétences médicales requises des médecins généralistes et coordonnateurs

Penchons-nous sur la problématique des compétences exigées pour les prises en charge en HAD, que ce soit du médecin généraliste ou du médecin coordonnateur. Rappelons encore une fois qu'elles sont censées être très spécifiques, très techniques, selon l'article R. 6121-4 du code de la santé publique (31). De plus les HAD doivent garder un caractère polyvalent (19) et donc s'occuper de tout type de patient, allant de la pédiatrie à l'oncologie en passant par la surveillance post-chirurgicale.

De par son rôle de pivot le médecin généraliste doit donc prendre en main des situations spécialisées pour lesquelles il ne possède pas forcément toutes les compétences et connaissances nécessaires. Il est

épaulé dans cette tâche par le médecin coordonnateur, qui doit de fait également détenir un éventail de compétences très étendu.

Les médecins coordonnateurs se demandent néanmoins à quel point les généralistes peuvent assumer cette responsabilité de décisionnaire principal lorsque l'aspect technique des prises en charge sort de leur domaine de compétence qu'est la médecine générale. Ils remettent également en question leurs propres aptitudes et se sentent pris à parti par leurs confrères hospitaliers et libéraux, qui semblent attendre d'eux une totipotence de connaissances et de compétences.

Les doutes que ces professionnels éprouvent envers eux-mêmes et envers leurs collègues fragilisent d'autant plus une prise en charge qui comme nous l'avons démontré est déjà complexe.

2.4 Des difficultés de collaboration

2.4.1 Les médecins généralistes se sentent mis à l'écart

Les médecins généralistes reprochent à l'HAD de ne pas les inclure dans le projet de soin de leurs patients, en particulier pour sa mise en place en sortie d'hospitalisation complète. Pourtant, comme le souligne bien l'un des médecin généraliste interrogé, l'HAD a en théorie l'obligation, de par les textes de loi, d'obtenir l'accord du médecin traitant avant toute prise en charge (15). Cette situation peut donc procurer aux médecins généralistes le sentiment d'être mis devant le fait accompli.

Cette problématique de la relation ville-hôpital a fait l'objet de nombreux travaux. Des pistes d'amélioration ont été développées (57), telle que l'utilisation de services de messagerie sécurisée afin de transmettre rapidement au médecin traitant un courrier de sortie, ou bien encore le Dossier Médical Partagé afin d'améliorer l'échange d'informations sur les dossiers des patients.

Dans les conclusions de la thèse du Dr SIGNOL en 2016 portant sur les pistes d'amélioration de la communication ville-hôpital (58), l'exercice mixte libéral et hospitalier représentait la meilleure proposition pour une amélioration de la relation ville-hôpital. D'autres alternatives y étaient proposées par les

médecins généralistes, telles que la rémunération des visites chez des patients hospitalisés ou leur participation aux réunions de dossier-patient. Certains médecins de son étude émettaient la proposition très intéressante d'étendre les stages ambulatoires à toutes les spécialités. Ce dernier point fait résonance avec mon choix de parcours professionnel développé en introduction. Expérimenter la fonction de médecin coordonnateur m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement de l'HAD. De même, le Dr SIGNOL avance que si les médecins de toutes les spécialités effectuaient des stages ambulatoires, ils comprendraient mieux les conditions de la médecine de ville, et cela améliorerait leurs relations mutuelles.

2.4.2 Médecine générale : des pratiques trop hétérogènes pour le fonctionnement très protocolisé des HAD

Les médecins coordonnateurs se disent également confrontés à des difficultés de collaboration. Ils ont affaire à de très nombreux médecins généralistes, avec autant de façon d'exercer. Chacun appréhende la prise en charge différemment : alors que certains passent totalement la main au médecin coordonnateur d'autres ne travaillent que seuls. Plusieurs généralistes sont motivés par le travail d'équipe, acceptent d'échanger avec les professionnels de l'HAD et se laissent conseiller sur certaines prises en charge particulièrement techniques ou spécialisées. Enfin d'autres refusent de toute concession et n'acceptent de recevoir aucune recommandation.

Actuellement se côtoient en France différentes générations de médecins généralistes. Chacune est marquée par les évolutions de leur statut de médecin généraliste par rapport aux spécialités et à la Médecine Hospitalière. Deux événements majeurs se distinguent : la réforme DEBRE de 1958 (28), qui exclut la Médecine Générale de l'hôpital et des recherches universitaires, puis la loi sur la réforme du troisième cycle des études médicales de 2004 (29). Cette dernière reconnaît la Médecine Générale comme une spécialité et instaure la création du DES de Médecine Générale. Ces expériences très différentes ont forcément un impact sur leur façon de pratiquer la médecine et sur leur façon de collaborer avec leurs autres confrères spécialistes et hospitaliers.

D'un autre côté nous pouvons entrevoir dans cette multiplicité de pratique de la Médecine Générale les conséquences des principes de la médecine libérale, ainsi que l'écrivent G. BLOY et SCHWEYER dans l'ouvrage intitulé « Singuliers généralistes » (59). L'activité de chaque médecin est régie par les principes de la médecine libérale, qui sont « le libre choix du médecin par le patient, liberté d'installation, paiement direct, etc. » (59) Comme l'énonçait l'un des médecin généraliste interrogé lors de nos entretiens, la pratique libérale lui permettait de « n'avoir de compte à rendre à aucun employeur ».

2.4.3 Méconnaissance entre les intervenants : un frein pour les généralistes

Comme nous l'avons vu plus haut, les médecins généralistes insistent aussi sur l'absence de logique de proximité concernant les intervenants mis en place par l'HAD. Ces derniers ne font pas toujours partie de leurs réseaux de santé habituels.

Les réseaux de santé ambulatoires existent depuis 1901, initialement sous forme d'associations puis sont inscrits dans la loi en 2002 (49) en tant que « principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) intervenant sur le parcours des patients. ». Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (60) ils ont pour objet de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. ». Le médecin généraliste est placé au centre de la coordination des soins par l'article L.4130-1 du code de la santé publique (31). Il est donc l'organisateur principal et le pivot de ces réseaux de santé ambulatoires. Il est alors compréhensible que ces médecins, qui ont construit au fil de leur pratique tout un réseau de proximité et ont pris l'habitude de collaborer régulièrement avec les mêmes partenaires de soin, ressentent une certaine méfiance envers de nouveaux partenaires qu'ils n'ont pas choisis.

L'HAD, extension directe de l'hôpital, s'est développée de son côté, en maintenant depuis sa création une certaine ambiguïté envers le médecin traitant. Bien que considéré comme un partenaire, il ne peut en effet prescrire d'HAD que depuis 1992 (17). La stratégie d'intégration de l'HAD à la coordination des soins ambulatoire, comme appui aux réseaux de santé, est récente (52). Un partenariat formalisé entre les équipes de soins primaires et les HAD permettrait de développer leur connaissance mutuelle et de

constituer ainsi un réseau de proximité de meilleure qualité. Cette idée sera à nouveau développée plus bas.

2.4.4 *Des échanges, trop rares, très appréciés*

Tous les médecins de cette étude ont insisté sur le caractère positif qu'ont pu avoir les réunions, appels et autres échanges interprofessionnels ou pluriprofessionnels, que ce soit au début, en cours ou à la fin des prises en charge.

Les médecins coordonnateurs insistent sur le caractère essentiel de ce type de réunions, que ce soit pour définir les rôles, les missions, les objectifs de la prise en charge, pour soutenir les intervenants ou encore pour résoudre des problématiques spécifiques. Les médecins généralistes évoquent avoir à chaque fois bénéficié de ces réunions, pour eux-mêmes ou pour l'équipe soignante. En ressortent des sentiments d'apprentissage, d'enrichissement mutuel, voire de réassurance dans les situations difficiles que peuvent être principalement les situations palliatives au domicile, en particulier les fins de vie.

La qualité des échanges entre médecins libéraux et coordonnateurs est donc un élément important dans la qualité de la prise en charge d'un patient en HAD.

Par contraste le manque de ces réunions se fait d'autant plus sentir. Les deux groupes de médecins déplorent un manque de temps réciproque. Les médecins généralistes reprochent à l'HAD de ne pas proposer de réunion plus fréquemment, quand les médecins coordonnateurs se désolent du manque de disponibilité des médecins traitants.

Il serait intéressant de voir si l'instauration d'un temps d'échange systématique dédié lors des points clés de la prise en charge (à l'admission, au milieu et à la fin) serait, premièrement réalisable, et deuxièmement quel serait son impact sur la qualité des prises en charge et sur les relations des intervenants.

2.4.5 Un médecin traitant difficile à joindre par les médecins coordonnateur

Une des difficultés majeures relevée par les médecins coordonnateurs est la difficulté à contacter certains médecins traitants, et de ce fait à les mobiliser au chevet de leur patient. Lors des appels passés, les médecins coordonnateurs peuvent être confrontés soit à des absences de réponses, soit parfois à des remarques désagréables. Plusieurs disent avoir la sensation de constamment déranger leurs confrères au téléphone. Ces expériences peuvent par la suite occasionner des appels moins fréquents.

Les médecins coordonnateurs peuvent être amenés à pallier ces indisponibilités afin de répondre le plus rapidement possible aux besoins des patients. Parfois en se substituant au médecin traitant, au titre de l'article D.6124-309 du code de la santé publique (31) bien que leurs effectifs ne soient initialement pas calculés pour répondre à de telles demandes de manière régulière. En effet à cette charge viennent se greffer les responsabilités hospitalières conférées par le caractère institutionnel de la structure HAD.

Concernant ces échanges téléphoniques, en 2010 l'URPS île de France a montré dans une enquête (61) que les médecins généralistes reçoivent une moyenne de 15 appels par jours, d'une durée moyenne de 2 minutes et 12 secondes et passent en moyenne plus de 7 heures par semaine au téléphone.

Une revue de morbi-mortalité réalisée en 2013 par J Guillaume, Josette Vallée, Hervé Bonnefond, Rodolphe Charles (62) étudie comment sont perçus les appels reçus en consultation par les généralistes. Ils en concluent que de nombreux appels reçus par les médecins généralistes sont considérés comme dérangeants et sources d'erreurs médicales.

Ce nombre très important d'appels reçus par les médecins généralistes pourrait expliquer le sentiment de « déranger » ressenti par les médecins coordonnateurs. Peut-être des temps d'échanges programmés permettraient-ils d'optimiser le temps passé au téléphone et donc la qualité de la communication. Les deux groupes de médecins ont évoqué cela comme une possibilité d'amélioration de leurs relations.

2.4.6 Un outil de communication défectueux

L'HAD de Strasbourg poursuit un objectif d'informatisation intégrale, au moyen d'un logiciel informatique accessible au domicile des patient sur tablette et par un portail à distance. Les participants de l'étude ont mentionné leurs difficultés à l'utiliser, l'absence de maniabilité, son caractère non instinctif, entraînant une perte de temps importante dans la prise en charge. Ils tempèrent néanmoins ces critiques, l'informatique leur permettant d'accéder à distance aux données du patient et de communiquer, en particulier avec les soignants. Les pistes de perfectionnement de la communication gagneraient à être approfondies, comme nous allons le développer dans les perspectives d'amélioration.

2.5 La particularité des soins palliatifs

La particularité des prises en charge palliatives ne faisait pas partie du questionnement initial de cette étude. C'est au cours des entretiens qu'elle est apparue spontanément, lorsque je cherchais à faire émerger des situations « marquantes » pour les participants. Il nous a paru de ce fait intéressant de nous pencher de plus près sur la question des soins palliatifs à domicile et d'étudier la part de l'HAD dans les difficultés rencontrées.

En effet les prises en charge palliatives représentent en 2018 environ 25% de l'activité des HAD selon la FNEHAD (63), soit le second mode de prise en charge principal le plus important. Parmi la totalité des patients pris en soins, la part de décès à domicile serait de 13% en 2018. Il est à noter que la part de décès à domicile dans les situations palliatives n'est pas mentionnée dans ce rapport.

2.5.1 Le médecin généraliste confronté aux soins palliatifs et à la fin de vie en ambulatoire

L'IGAS, dans son rapport de 2017 (64) portant sur les soins palliatifs et la fin de vie à domicile, souligne la place primordiale du médecin traitant dans ces situations en ambulatoire, et propose de le « mobiliser comme pivot de la prise en charge palliative ». Ce rapport s'appuie également sur l'enquête « fin de vie » de l'INED parue en 2010 (65) qui note que « 62 % des médecins s'impliquent dans la prise en charge du dernier mois de vie. ».

Les médecins généralistes de notre étude étaient amenés à prendre ponctuellement en charge des patients à domicile dans le cadre d'une pathologie évolutive et des patients en fin de vie à domicile.

Plusieurs affirmaient leur volonté de respecter le souhait des patients, et de tout mettre en œuvre pour leur permettre de rester dans un environnement familial le plus longtemps possible. Ils soulignaient tous l'importance majeure des proches pour gérer une situation de fin de vie à domicile dans de bonnes conditions.

Les difficultés rencontrées avaient surtout trait au caractère physiquement marquant de la maladie, par son évolution et la visibilité de la dégradation des patients qu'ils avaient connu en bon état général.

La spécificité des prises en charge et la technicité de certains soins étaient évoquées. Certains médecins mentionnaient être parfois peu à l'aise avec en particulier la gestion de la douleur. Pour autant cela ne constituait pas un obstacle rédhibitoire.

La plupart des médecins généralistes arrivaient à atténuer ces difficultés en travaillent en étroite partenariat avec les équipes mobiles de soins palliatifs du territoire, clairement identifiées comme partenaires thérapeutiques et ressources, que le patient soit ou non pris en charge en HAD.

Ces observations sur les difficultés rencontrées se retrouvent dans plusieurs thèses étudiant ce sujet auprès de médecins généralistes de différentes régions de France (66–68). Le Dr BOUDY reprenait dans son travail de 2016 l'analyse de ces différents travaux et relevait comme principales difficultés des médecins « *la charge émotionnelle, l'isolement, le manque de temps, des lacunes de connaissance et de formation, la gestion de l'entourage du patient, les difficultés d'accès en ville à certaines thérapeutiques, le frein financier, le manque de communication ville-hôpital.* » (69)

2.5.2 L'HAD en situation palliative : soutien ou bouleversement ?

2.5.2.1 Des difficultés exacerbées...

Une partie de notre étude s'intéressait plus particulièrement aux prises en charge palliatives en HAD. Les résultats montraient que les deux groupes de médecins éprouvaient les mêmes difficultés que celles rencontrées lors des autres prises en charge, mais clairement amplifiées :

Plusieurs médecins généralistes ne se sentent pas assez soutenus par une structure qui en théorie devrait leur faciliter ce type de prise en charge. Ils n'ont pas le sentiment de faire partie d'une d'équipe pluridisciplinaire, ne connaissent pas les intervenants au chevet des patients et déplorent une « dépersonnalisation » des prises en charge et un « envahissement » des domiciles délétère pour les patients en fin de vie et leurs familles. La complexité entraînée par le cadre de l'HAD ajoutée à celle de la pathologie elle-même, peut entraîner des retards à la prise en charge et une diminution de la qualité des soins au détriment du patient.

Ces reproches envers l'HAD se retrouvent dans d'autres travaux (9,12,13,70) qui traitent ou non des prises en charges palliatives.

Les difficultés vécues par les médecins coordonnateurs (le manque de communication, le manque de disponibilité de certains de leur confrère) sont exacerbées en situations palliatives, celles-ci nécessitant de la communication, des temps d'échanges, de croiser les regards pour un travail en pluridisciplinarité. Les médecins coordonnateurs déplorent également le manque de formation en soins palliatifs des médecins généralistes, indispensable sur ces prises en charge parfois très spécifiques et hyper spécialisées. On peut citer comme exemple la prescription de kétamine par voie intraveineuse et son adaptation.

La problématique de la formation des médecins généralistes en soins palliatifs a été analysée dans plusieurs thèses (67,69,71) qui recensent un manque de formation initiale comme continue.

2.5.2.2 ...Mais un partenariat enrichissant

Nous avons établi que les différentes difficultés éprouvées par les médecins généralistes énumérées dans le chapitre précédent se retrouvaient dans d'autres thèses.

Notre étude montre néanmoins des aspects positifs à la mise en place d'une HAD en situation palliative.

Plusieurs médecins généralistes interrogés lui reconnaissent une plus-value pour certains accompagnements de fin de vie à domicile et apprécient les apports de compétences techniques et spécifiques.

Le médecin généraliste interrogé dans l'entretien téléphonique réalisé à la fin de l'étude faisait appel aux médecins coordonnateurs de l'HAD de son territoire pour des prises en charge palliatives. Il les considérait comme des partenaires thérapeutiques. Il appréciait leurs échanges et les sollicitait en cas de besoin.

Dans la thèse du Dr FORTANE (66), l'HAD est mentionnée comme une ressource et un « partenaire privilégié » en soins palliatifs pour les médecins généralistes de ce territoire.

De même, le Dr HERVE, dans sa thèse qualitative réalisée en 2019 (70), constatait que les médecins généralistes de ce territoire (Nantes) font appel à l'HAD en situation palliative, notamment lorsqu'ils sont confrontés à « *des difficultés médicales, telle que la prise en charge de la douleur.* ».

Bien que ce point n'ait pas été analysé spécifiquement, les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs de notre étude ont mentionné leurs fréquentes collaborations avec les équipes mobiles de soins palliatifs du territoire.

La répartition des HAD(63) et des équipes mobiles de soins palliatifs est encore très hétérogène en France (images 1 et 2). De même leurs relations varient en fonction des territoires.

Il convient donc de rester prudent quant à l'extrapolation des résultats de notre travail, qui porte sur un échantillon restreint.

Il serait intéressant, dans la continuité de notre étude, d'analyser les relations entre l'HAD de Strasbourg et les équipes mobiles de soins palliatifs travaillant sur le même territoire.

2.5.3 Particularité des nouveaux patients en situation palliative

Plusieurs médecins généralistes ont mentionné avoir repris le suivi d'un patient alors qu'un de leur confrère ne pouvait plus assurer la prise en charge au domicile. Ceci a attiré mon attention. En effet, mettre en place un accompagnement et des soins palliatifs au domicile, à la demande du patient et avec l'accord des proches, constitue un moyen de garder le patient dans son environnement habituel et rassurant. Le médecin traitant fait partie de cet environnement. Quel est donc l'impact sur le patient et sa prise en charge d'un tel changement en situation palliative complexe à domicile ? Cette tendance est à modérer à la lumière du recrutement des médecins de l'étude, en zone urbaine. Il s'avère également que tous les généralistes interrogés effectuent des visites à domicile.

Les données de la DREES (72) tendent à confirmer que les médecins généralistes sont encore une majorité à effectuer des visites à domicile. Ces dernières représentent 84 % des actes médicaux chez les personnes âgées dépendantes contre 35 % pour les plus de 70 ans et 12 % pour la population générale.

Un travail de recherche analysant l'impact sur le patient et sa prise en charge d'un changement de médecin traitant en situation palliative complexe à domicile serait très intéressant.

3 Propositions et perspectives

A la fin de cette étude, voici plusieurs pistes d'améliorations et d'adaptations qui pourraient bénéficier au partenariat HAD - médecins généralistes :

3.1 Développer le partenariat déjà existant entre les intervenants

3.1.1 Etoffer les moyens de communication

Les médecins interrogés regrettent le manque d'échanges au cours des prises en charge. Ils ont évoqué plusieurs pistes d'amélioration, par exemple : mettre en place un temps de rencontre dédié au chevet du patient, formaliser des temps de communication, développer l'outil informatique.

L'instauration de réunions systématisées au cours du parcours de soin d'un patient en HAD, à l'admission, en cours et à la fin de la prise en charge, permettrait tout d'abord un temps de prise de contact mutuel au cours duquel les rôles de chacun pourraient être bien déterminés, et le projet de soin établi et validé par les deux parties. Le point de mi-parcours donnerait la possibilité de réévaluer l'évolution de la prise en charge, la pertinence du projet de soin et sa mise à jour, les difficultés éventuelles rencontrées et leurs solutions. Enfin une réunion en fin de prise en charge validerait la fin du projet thérapeutique mais conduirait également à une synthèse de la prise en charge afin d'améliorer la qualité des collaborations futures. Il serait également pertinent de définir un moyen de communication préférentiel pour chacun des partenaires.

Dans un objectif d'amélioration continue des pratiques médicales des réunions de groupe de travail pourraient être instaurées, en prenant pour exemple les groupes de pairs en médecine générale, pour débriefer sur les situations difficiles, échanger entre confrères des points de vue sur les prises en charge et réfléchir ensemble aux améliorations futures.

Dans le même esprit, il pourrait être mis à disposition des partenaires de l'HAD des protocoles pour les prises en charge hyperspécialisées, dans la perspective de partager et d'enrichir les connaissances des médecins généralistes et donc des pratiques médicales. Cela pourrait relever des missions du médecin coordonnateur en tant que soutien au médecin traitant sur les prises en charge.

Toujours dans un objectif d'améliorer la communication entre les intervenants, les supports de communication utilisés gagneraient à être optimisés. Dans le cadre du programme d'amélioration du dossier du patient en établissement de santé établi par l'HAS (36), l'HAD de Strasbourg a mis en place une informatisation intégrale, avec un logiciel accessible au domicile des patient sur tablette et un portail à distance. Cet outil est encore en développement. Les participants de l'étude ont mentionné leurs difficultés à l'utiliser, l'absence de maniabilité, le caractère non instinctif, entraînant une perte de temps importante dans la prise en charge. Ils tempèrent néanmoins ces critiques, l'informatique leur permettant d'accéder à distance aux données du patient et de communiquer, en particulier avec les soignants.

La thèse du Dr FABRE soutenue en 2014 (73) étudie « *la satisfaction des médecins généralistes concernant leur coopération avec les praticiens hospitaliers, leurs souhaits sur l'utilisation de certains modes de communication et le délai de réception lors de la transmission des informations médicales.* »

Ses résultats montrent que les médecins généralistes attendent une amélioration de la communication avec leurs confrères hospitaliers. Cette amélioration passe par une communication plus rapide des informations médicales concernant leurs patients. Les moyens de communication possibles sont divers : les messageries électroniques sécurisées, qui permettent la transmission rapide d'informations médicales, les courriers données aux patients. Le téléphone demeure un outil très important pour les généralistes, en particulier pour adresser leurs patients aux praticiens hospitaliers.

Dans la continuité de cette thèse et de notre étude qualitative, il serait intéressant d'étudier plus précisément les attentes des médecins généralistes ainsi que celles des médecins coordonnateurs pour améliorer leur communication réciproque.

3.1.2 Développer un partenariat entre les HAD et les réseaux de coordination ambulatoires

La DGOS en 2016, par son instruction relative à la modernisation de notre système de santé (52), crée les Equipes de Soins Primaires (ESP), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et réaffirme la place des réseaux de santé dans la coordination des parcours de soins ambulatoires.

Les objectifs sont « *d'améliorer le parcours coordonné du patient* » et « *de réduire les hospitalisations évitables ou les prises en charge en urgence* ». (52)

Cette instruction définit les différents organismes cités ci-dessus, véritables outils de coordination des soins ambulatoires.

Les ESP constituent un mode d'organisation coordonné, conçu par des professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un médecin généraliste, dans le but d'améliorer les parcours de santé de leurs patients. Le projet s'organise autour de leur patientèle.

Les CPTS sont des équipes de projets, s'inscrivant dans une « *approche populationnelle* »(52). Le projet vise à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire, contrairement aux ESP qui se

concentrent sur la propre patientèle des professionnels de santé. Les ESP peuvent faire partie des CPTS de leur territoire, augmentant ainsi la qualité de la coordination des soins et des prises en charge.

En réponse à la demande de soutien des professionnels libéraux, les ARS ont commencé à développer des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) (74) pour la prise en charge des pathologies complexes. Leur mise en place sur un territoire s'appuie en premier lieu sur les initiatives des professionnels de santé de ville et des CPTS visant le maintien à domicile.

La loi sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (52) affirme que les services d'HAD peuvent participer au fonctionnement de ces structures ambulatoires d'exercice coordonné. L'HAD pourrait donc représenter un soutien idéal aux professionnels ambulatoires dans cette optique de réduire les hospitalisations évitables et d'améliorer les parcours de soins coordonnés.

Cette idée est défendue par la FNEHAD suite au décret encadrant les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), et plus largement les fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours complexes, publié 6 juillet 2016 (52). La FNEHAD édite en 2016 un communiqué de presse (75) pour inciter les HAD à participer au fonctionnement des PTA. Selon elle « *Les établissements d'HAD disposent en effet d'un savoir-faire en matière d'évaluation des situations complexes et de coordination médicale, soignante et psychosociale qui rend possible le retour à domicile des patients lourds, justifiant de soins complexes* ». La FNEHAD revendique ainsi l'HAD comme un candidat idéal au soutien pour les professionnels de santé libéraux.

3.2 Repenser les rôles et les missions des médecins en HAD

Il serait bénéfique pour les médecins de repenser et préciser leurs rôles respectifs, afin qu'ils soient congruents en pratique et clairs pour tous les intervenants.

3.2.1 Le médecin coordonnateur devient le référent médical

Une première possibilité serait d'établir que le médecin traitant ne peut pas ajouter à ses missions déjà nombreuses celle de pivot lors d'une prise en charge HAD.

Dans ce cas la prise en charge incomberait au seul médecin coordonnateur, qui, tout en continuant d'informer le médecin traitant, deviendrait le référent du patient le temps de la prise en charge.

En plus de son rôle de coordination, il assurerait le suivi clinique du patient, le rôle de prescripteur et serait en charge des décisions thérapeutiques nécessaires.

Il conviendrait dans ce cas de procurer aux établissements d'HAD les moyens humains nécessaires pour assurer le suivi de leurs patients dans de bonnes conditions. Il faudrait toutefois prendre en considération l'étendue du territoire géographique couvert par chaque établissement, associé à la démographie médicale et paramédicale de ces territoires et aux effectifs de ces établissements d'HAD.

Prenons comme exemple le Bas Rhin, qui compte 3 HAD. Celle implantée à Strasbourg, compte 3 médecins coordonnateurs pour 70 patients, celle de Haguenau 2 médecins coordonnateurs pour 60 patients et celle de Schirmeck 1 médecin coordonnateur pour 25 patients. Les 6 médecins devraient donc suivre 155 patient sur une superficie de 4755 Km² (76)

Une solution pourrait être de développer le nombre de structures afin de réduire les périmètres d'intervention.

Or actuellement la propension, notamment en région Grand-Est serait plutôt au regroupement des structures en grandes antennes, associée à la fermeture des petites structures d'HAD de proximité.

Cette proposition doit également tenir compte de l'un des objectifs principaux de l'HAD, qui est de pouvoir prodiguer au patient les soins nécessaires en le maintenant dans son environnement habituel, dont le médecin traitant fait partie intégrante

3.2.2 Le médecin traitant prend la tête de la prise en charge

Une autre proposition serait de revaloriser le rôle de pivot du médecin traitant dans la prise en charge en HAD. D'une part en lui permettant d'accéder à des formations spécifiques et à des outils tels que des protocoles de prises en charge. Ces outils et ces formations pourraient être élaborés dans un partenariat HAD et médecine générale, permettant par-là d'atteindre deux objectifs au moins : se connaître mieux

mutuellement et familiariser les médecins avec les compétences spécifiques de la prise en charge des patients hospitalo-requérants.

D'autre part il serait alors indispensable que les structures d'hospitalisation conventionnelle et les HAD, lors de la mise en place d'une HAD en suite d'hospitalisation conventionnelle, intègrent systématiquement le médecin traitant dans le projet thérapeutique, et cela avant toute décision d'admission à domicile, comme le prévoient déjà les textes de loi (18). Des concessions organisationnelles devraient être convenues par les médecins hospitaliers et les médecins généralistes : les premiers devraient accorder qu'une admission de ce type soit plus complexe à organiser qu'une sortie classique et prenne plus de temps. Les seconds accepteraient de se dégager du temps pour participer à de telles réunions, qu'elles soient téléphoniques ou présentiels.

Une rémunération pour ce type de prise en charge spécifique comprenant du temps passé au chevet du patient et des temps de coordinations présentiels ou téléphoniques, permettrait au médecin traitant d'investir ce rôle de pivot.

Les travaux menés sur les freins des médecins généralistes à l'utilisation de l'HAD sont mitigés quant à la question de la rémunération. Le rapport de la Cour des Comptes de 2015 (11) décrit que « *La rémunération au regard du temps passé aussi bien en visite à domicile que pour la coordination avec les intervenants de l'HAD est par ailleurs considérée comme insuffisante par bon nombre de praticiens* ».

Dans sa thèse, le Dr MONTMARTIN énonce la même constatation, « *une rémunération insuffisante au regard du temps passé* » représentant le troisième frein le plus important des généralistes vis-à-vis de l'HAD. (77)

D'autres études, telle que la thèse du Dr LARUE en 2017 (78) constatent que les médecins insistent peu sur leur propre rémunération, mais plutôt sur celle, jugée très peu avantageuse, des paramédicaux.

Les résultats de notre étude se rapprochent de ce dernier constat. Le peu de médecins généralistes ayant évoqué la problématique de la rémunération déplorent les conditions financières imposées par l'HAD aux

infirmiers libéraux. Une étude portant spécifiquement sur les ressentis des professionnels paramédicaux lors des prises en charge en HAD serait intéressante à réaliser.

Depuis la circulaire DHOS de 2006 les médecins généralistes sont rémunérés sur la base des tarifs conventionnels directement par l'HAD dans le cas des HAD publiques et par la caisse d'assurance maladie dans le cas des HAD privées à but lucratif.(19)

En 2015 la Cour des Comptes proposait la mise en place de nouveaux modes de financement dans le cadre de l'avenant du 26 octobre 2012 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, du 26 juillet 2011 (79). Selon l'Article 27-4 du Code de la Santé Publique : « *Afin d'améliorer le parcours de soins coordonnés, tout particulièrement pour la prise en charge des patients âgés ou atteints de certaines pathologies nécessitant un suivi particulier, les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de la mise en place de consultations longues et de rémunérations forfaitaires, valorisant le rôle des médecins. Ces nouvelles rémunérations ont pour objectifs de favoriser le maintien à domicile et de limiter le recours à l'hospitalisation.* »(31)

3.2.3 La télémédecine : un complément aux visites à domicile ?

Définie par le code de santé publique (art. L.6316-1) comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* », la télémédecine est perçue par les pouvoirs publics comme une manière différente et innovante de soigner, un élément de réponse à la problématique d'accès aux soins notamment dans certaines régions définies comme des « zones fragiles » par le Ministère des Solidarités et de la Santé. (80)

Définie pour la première fois par l'article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » (hôpital, patients, santé et territoires) et selon l'article L6316-1 du code de santé publique, la télémédecine fait partie des objectifs de santé de la stratégie du gouvernement Ma Santé 2022. (81)

Dans le cadre d'une prise en charge HAD, la possibilité d'un recours à la télémédecine permettrait au soignant au chevet du patient de bénéficier d'un avis médical à distance et ainsi d'être un réel gain de temps en termes de réactivité, afin d'adapter au mieux la prise en charge du patient.

Les Dr NADOLNY et C RAHUEL ont soutenu en mai 2019 une thèse portant sur les « approches et propositions des médecins généralistes libéraux français » concernant la télémédecine (82). Il en ressort que les médecins généralistes perçoivent la télémédecine comme « *une solution aux enjeux démographiques actuels* ». Ils en attendent encore des corrections, telles que l'amélioration de son encadrement et principalement une reconnaissance et une meilleure rémunération des actes de télémédecine.

Ils s'exprimaient également sur leurs craintes quant au développement de logiciels à visée commerciale et au développement d'une médecine de consommation, aux dépens de leurs pratiques de médecin de famille.

Depuis 2018, la téléconsultation (consultation à distance par vidéo-transmission entre un patient et un médecin, quelle que soit sa spécialité) est remboursée par l'assurance maladie, à l'instar des consultations « classiques », et depuis 2019 le remboursement de la téléexpertise (qui permet à un médecin de solliciter à distance l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée) est effectif. (80)

Néanmoins, la télémédecine interpelle sur la question de relation de proximité. En effet le principe de la télémédecine consiste à effectuer un diagnostic au travers d'un écran, transformant ainsi le médecin généraliste en médecin virtuel. Cette absence de contact ajoute une distance qui pourrait avoir un impact négatif, non seulement sur la relation médecin-malade, mais aussi sur la relation médecin-soignants au domicile. Du même avis, un article paru dans Santé publique en 2016 (83) analyse l'impact de la télémédecine sur la relation médecin-patient. Plusieurs médecins interrogés craignent une « dépersonnalisation du patient » et voient la télémédecine comme une « menace au bon diagnostic et à l'aspect relationnel caractéristique de leur pratique de médecine générale »

Il serait pertinent de mener une étude sur le développement de la télémédecine en HAD comme outil complémentaire aux visites à domicile.

Les circonstances actuelles liées à la pandémie due au coronavirus ont provoqué l'essor fulgurant de la télémédecine (84). Il sera intéressant de lire les futures études qui en découleront et d'observer le développement de cet outil en fonction de l'évolution de la situation sanitaire.

3.3 Réorganisation profonde de l'HAD elle-même

Une des évolutions possible serait de réorganiser complètement la structure des HAD. Plusieurs cas de figures sont alors envisageables :

3.3.1 L'HAD reste une structure émanant de l'hôpital.

Dans ce cas il conviendrait de donner aux établissements d'HAD les moyens, notamment humains et techniques pour que les critères qui en font une hospitalisation (continuité des soins 24h/24, permanence des soins médicale, impliquant un effectif adapté) soient applicables à domicile. Les rôles des médecins devraient cependant être repensés dans tous les cas, selon les deux propositions développées plus haut.

3.3.2 L'HAD devient une structure émanant des soins ambulatoires.

Dans ce cas de figure, l'HAD serait réorganisée à partir des soins ambulatoires, plutôt que de demeurer une extension des établissements hospitaliers vers la ville. C'est alors le médecin traitant, dans une volonté de prendre en charge à domicile un patient hospitalo-requérant, ou d'organisation de soins complexes à domicile avec son équipe de proximité, qui deviendrait le pilote de l'hospitalisation à domicile. Il disposerait de moyens techniques alliés à une équipe dont il serait l'initiateur et le coordonnateur, en collaboration avec un pharmacien avec lequel il aurait mis en place des liens fonctionnels de qualité. Un nouveau cadre serait fixé en partenariat avec l'HAS, intégrant les impératifs de qualité et de sécurité tels que : la tenue du dossier patient, la traçabilité, l'évaluation et la prise en charge de la douleur, la conciliation médicamenteuse, la mise en place de réunions pluridisciplinaires. La structure HAD pourrait l'appuyer dans sa démarche à l'aide de moyens techniques et humains lui permettant de maintenir son patient à domicile.

3.4 HAD à l'étranger, un modèle à suivre ?

Au terme de cette étude il nous a paru intéressant de nous pencher sur les modes de fonctionnement des systèmes d'hospitalisation à domicile en dehors de France, afin de les comparer si possible et de faire émerger des pistes de réflexion.

L'IRDES en 2005 s'est penché sur « le développement des services de soins hospitaliers à domicile » (SHAD) en Australie, au Canada et en Grande Bretagne par rapport à la France, en réalisant une revue de la littérature (85). L'étude retient que dans ces trois pays les SHAD se sont développés initialement pour « *accroître leur capacité de prise en charge dans un contexte de rationnement de l'offre hospitalière* » ou de « *redéploiement contraint vers l'ambulatoire* », contrairement à la France où l'offre hospitalière n'est pas jugée insuffisante à cette époque. La France semble être la seule à souhaiter « *apporter une réponse aux souhaits des patients d'être soignés à domicile* ».

Les constats français de « *méconnaissance du dispositif HAD* » et de « *manque de communication entre l'hôpital et la ville* » se retrouvent dans ces trois autres pays. Seule l'Australie privilégie un « *ancrage hospitalier* ». (85)

En termes de formation des intervenants des SHAD, du patient et de son entourage, la France semble être plus avancée que le Canada ou la Grande Bretagne.

Par contre la réglementation très stricte de l'HAD en France semble constituer un frein à son développement.

De son côté la FNEHAD a également réalisé en 2016 une revue de la littérature internationale sur les différents modèles de fonctionnement d'hospitalisation à domicile développés dans le monde. (86)

Il en ressort que les pays observant le niveau le plus élevé de structuration et de développement sont la France, l'Espagne et l'Australie. Les répartitions des établissements d'HAD sur les territoires sont également très différentes d'un pays à l'autre, allant de modèles portés par les politiques de santé avec un encadrement important dans certains, jusqu'à des implantations expérimentales dans d'autres.

Le modèle organisationnel diffère entre la France d'un côté et l'Australie et l'Espagne de l'autre, où les SHAD sont rattachés à l'hôpital public uniquement, avec un personnel travaillant dans les deux structures, alors que l'HAD en France peut être totalement autonome.

Les trois modèles donnent la possibilité au médecin traitant de mettre en place l'HAD directement à partir du domicile.

Les deux études relèvent qu'à l'étranger, notamment en Grande Bretagne, les SHAD organisent également des soins de longue durée à domicile, équivalent des structures de soins infirmiers à domicile SSIAD en France.

A ce jour et depuis 2018 en France les établissements d'HAD ont le droit d'intervenir chez des patients pris en charge par un SSIAD (79). Ceci constitue une première étape afin de fluidifier la prise en charge des patient à leur domicile.

Il est vrai que l'union de ces deux structures pourrait contribuer à l'amélioration de leur fonctionnement, les patients HAD requérants nécessitant très fréquemment dans un second temps la poursuite de soins de nursing lourds à long terme et de prise en charge sociale. Leur union faciliterait le passage de l'un à l'autre et aurait très certainement un impact positif sur la qualité des prises en charge.

CONCLUSION

Nous avons choisi une méthode qualitative, avec pour objectif initial d'appréhender les interactions entre les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d'HAD, puis dans un second temps d'analyser les difficultés qu'ils rencontrent au cours de leur collaboration. Les résultats étaient finalement mis en perspective par rapport aux textes de loi afin d'en comprendre les implications.

Notre étude nous permet de conclure qu'il existe bien des problématiques de collaboration et de communication entre les médecins coordonnateurs et les médecins généralistes, principalement en termes de méconnaissance mutuelle, de places respectives et d'échanges. Elle laisse également apparaître que le cadre réglementaire hospitalier défini par les textes de loi et appliqué par l'HAD, au lieu de faciliter ses interventions et d'en améliorer la qualité, ajoute des difficultés supplémentaires pour les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs. La majorité de ces difficultés semblent résulter des modes de fonctionnement très différents des deux entités que sont la médecine de ville et la médecine hospitalière. Les missions des établissements d'HAD et celles de leurs acteurs gagneraient à être restructurées. Il conviendrait de mieux clarifier et distinguer les rôles du médecin traitant et du médecin coordonnateur, en particulier en repensant le rôle de pivot attribué au médecin traitant à ses contraintes liées à sa pratique et en l'intégrant plus en amont et complètement dans le projet thérapeutique du patient. L'analyse des résultats fait ressortir une nouvelle observation, qui ne faisait pas partie de la problématique initiale : les prises en charge palliatives exacerbent les difficultés ressenties par les deux groupes de médecins. De plus la plupart des médecins généralistes interrogés n'ont pas identifié l'HAD de Strasbourg comme une ressource en soins palliatifs, alors que les établissements d'HAD sont clairement reconnus comme des services d'appui et d'aide au maintien à domicile des patients en soins palliatifs par le Ministère des solidarités et de la santé.

Les participants à cette étude ont soulevé plusieurs pistes d'amélioration pertinentes afin de renforcer le partenariat déjà en place, par exemple en formalisant des réunions systématiques entre les médecins ou encore en améliorant les outils de communication.

Il nous paraît intéressant de développer des partenariats entre les HAD et les réseaux de coordination ambulatoires tels que les CPTS et les ESP, en présentant l'HAD comme un soutien du monde ambulatoire.

Il semblerait que l'HAD se trouve actuellement à un tournant stratégique dans son organisation, et deux possibilités d'évolution mériteraient d'être explorées.

Soit l'HAD pourrait se calquer encore plus sur les prises en charges hospitalières, en confiant le suivi médical du patient au seul médecin coordonnateur. Le médecin traitant reprendrait le suivi de son patient à la fin de l'HAD. Les missions du médecin coordonnateur devraient être mises à jour pour y ajouter un temps de clinique au chevet du patient plus conséquent que celui qu'il tient actuellement.

Soit l'HAD pourrait être complètement réorganisée à partir des soins ambulatoires, plutôt que de demeurer une extension des établissements hospitaliers vers la ville. Un nouveau cadre serait fixé entre l'HAS et le médecin traitant, intégrant les impératifs en termes de qualité et de sécurité. La structure HAD pourrait appuyer au mieux le médecin traitant, pilote de la prise en charge, dans sa démarche à l'aide de moyens techniques et humains lui permettant de maintenir son patient à domicile.

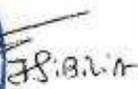
Enfin, rappelons que les professionnels de la santé œuvrent en premier lieu pour et dans l'intérêt du patient. Ce dernier, bien que peu présent dans ce sujet de thèse, reste au centre des préoccupations des médecins interrogés. L'amélioration du partenariat entre les médecins d'HAD et les médecins généralistes contribuera à l'amélioration de la prise en charge des patients. Elle apparaît donc essentielle pour des professionnels qui, d'après le Code de Déontologie Médicale (53), selon l'article R4127-2 du Code de la Santé Publique (31), ont pour devoir premier « le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. ».



VU
Strasbourg, le 06/05/2020
Le président du Jury de Thèse
Professeur B. GOICHOT

VU et approuvé
Strasbourg, le..... 12/05/2020
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBLIA



ANNEXES

Annexe 1 : Première grille d'entretien

Thèmes

Rôle

- Propre
- Des autres

Besoins/ attentes

- Envers les libéraux
- Envers l'HAD
- Perçues

Difficultés

Ressentis positifs

- Concernant l'HAD
- Concernant les libéraux
- Critères d'une PEC réussie

Suggestions d'amélioration

Questions

Année de naissance, profession, ancienneté, profession antérieure, mode d'exercice

Parlez-moi un peu de vous, de votre parcours : qu'est-ce qui vous a amené à ce poste ?

Que représente l'HAD pour vous ?

Comment définissez-vous votre rôle en tant que... ?

Selon vous quel est le rôle des MT/MC/HAD

Quelles sont vos attentes/ vos besoins envers l'HAD/les libéraux lors d'une PEC ? Concrètement qu'est-ce que vous attendez de... ?

Comment répondent-ils à vos attentes ?

Que vous demandent les MT/ l'HAD lors d'une PEC ?

Comment percevez-vous ces demandes ?

Racontez-moi une PEC en HAD. Comment cela se passe t'il en pratique ?

Qu'est-ce que vous appréciez ? qu'est-ce que vous appréciez moins ?

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontré personnellement lors des PEC ?

Quels sont selon vous les critères d'une PEC réussie ?

Annexe 2 : Deuxième guide des entretiens individuels semi-directifs

Thèmes :

Rôle

- Propre
- Des autres

Difficultés

- La communication HAD/libéral
- Les PEC palliatives
- Hospitaliser à domicile

Questions :

Année de naissance, profession, ancienneté, profession antérieure, mode d'exercice

Commençons par vous : parlez-moi de votre métier :

Pour vous, **c'est quoi** être Médecin Généraliste/ Médecin Coordonnateur ?

Que pensez-vous du principe **d'hospitaliser les patients à leur domicile** (*d'apporter l'hôpital à la maison ? de pratiquer de l'hospitalisation « extra muros » ?*) ? Qu'est-ce que cela implique pour vous ?

Quelle est votre **représentation de l'HAD** ? Quelle idée vous en faites-vous ?

Pour vous (et pas pour la théorie, la théorie m'intéresse pas, je ne cherche pas la bonne réponse, je voudrais votre réponse), donc je disais, pour vous, **quel est le rôle d'un médecin coordonnateur/ d'un Médecin traitant**, ou quel devrait être son rôle ?

Racontez- moi une prise en charge qui vous a marquée :

Quelles difficultés avez-vous identifiées ? (Et concernant ce que vous avez apprécié ?)

Comment avez-vous vécu/ perçu votre **place dans la prise en charge** ?

Comment analysez-vous **vos liens** avec les médecins coordonnateurs/généralistes ?

- Qui contacte qui, nature de vos échanges, qualité de vos échanges...

Quelles sont vos expériences en **soins palliatifs** (médecin généraliste : sans l'HAD) ?

Comment les avez-vous vécues ? un exemple ?

Que pensez-vous de l'intervention de l'HAD sur ces/ cette prise en charge ?

Comment décririez-vous vos relations avec le médecin traitant/ le médecin coordonnateur sur ce type de prise en charge ?

Annexe 3 : Guide d'entretien du focus groupe

Présentation de l'étude :

Thèse qualitative sous forme d'entretiens individuels et de focus groupe

L'objectif principal :

Comprendre comment les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d'HAD interagissent.

Thématique :

État des lieux des relations entre les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d'HAD

Focus group :

Faire appel à votre expertise. Discussion-débat en 2 parties. Échanges d'idées, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous souhaitons connaître votre avis, votre expérience. C'est important de savoir que c'est un débat anonyme. Est-ce que vous acceptez que j'enregistre ? Nous allons également prendre note des informations mais pas nominativement.

En tant qu'animatrice, je suis garante du cadre -> respect du temps de parole et des idées de chacun et non-jugement. Si jamais on s'écarte du sujet de la rencontre, je me permettrai de vous couper et de recentrer le débat. Pour que le focus group soit une réussite, importance de votre participation et de votre créativité.

Déroulement :

Question 1 :

Question initiale sous forme de tour de table (question globale, création climat de confiance) :

« Quelle est votre profession ? Parlez-moi un peu de vos liens avec les médecins généralistes »

Question 2 :

Lors d'une prise en charge, qu'est ce qui peut mal se passer avec le médecin traitant ?

Quels éléments peuvent être liés à un problème de communication ?

Pour vous qu'est-ce qu'une prise en charge complexe ?

Entraînent-elles des difficultés particulières ? pour qui ? dans vos relations avec le médecin traitant ?

Questions neutres de relance/ d'approfondissement :

C'est-à-dire ? dites m'en plus ?

Qu'entendez-vous par là ?

Résumer ce qu'un individu a dit et demander aux autres ce qu'ils en pensent

Si quelqu'un ne parle pas, l'interpeler et lui demander ce qu'il pense de ce qui a été dit

Si quelqu'un monopolise la parole, lui reprendre : quelqu'un a-t-il un autre point de vue ?

Annexe 4 : Résumé des caractéristiques des participants et des entretiens

N° de l'entretien	Durée de l'entretien	Sexe	Tranche d'âge	Profession actuelle	Ancienneté d'installation	Mode d'exercice principal	Profession antérieure
E0 Entretien test	29 :51	Femme	30-40	Médecin généraliste doctorant	/	Libéral	/
E1 Entretien test	54 :22	Femme	30-40	Infirmière de coordination	2015	Salarié	Infirmière de soin
E2	45 :22	Femme	60-70	Médecin coordonnateur	2007	Salarié - urbain	Médecin anesthésiste
E3	41 :45	Homme	60-70	Médecin généraliste	1988	Libéral – urbain – maison de santé	/
E4	36 :32	Femme	30-40	Médecin généraliste	2009	Libéral- urbain - maison de santé	/
E5	39 :34	Femme	40-50	Médecin généraliste	2002	Libéral – urbain - maison de santé	/
E6	54 :11	Homme	60-70	Médecin coordonnateur	2010	Salarié -urbain	Médecin généraliste- gériatre - médecin coordonnateur d'EHPAD
E7	47 :33	Homme	50-60	Médecin généraliste	2005	Libéral – urbain – cabinet de groupe	/
E8	01 :03 :52	Homme	50-60	Médecin généraliste	2004	Libéral – urbain - cabinet seul	Médecin de PMI – SOS médecin
E9	01 :07 :41	Homme	50-60	Médecin généraliste	1992	Libéral – urbain – cabinet seul	Médecin coordonnateur d'EHPAD – médecin urgentiste
E10	39 :25	Homme	60-70	Médecin généraliste	1992	Libéral – urbain – cabinet seul	Médecin coordonnateur d'EHPAD
E11	58 :27	Femme	30-40	Médecin coordonnateur	2017	Salarié – urbain	Médecin généraliste - médecin de soins de supports et soins palliatifs
E12	48 :05	Femme	40-50	Médecin généraliste	2014	Libéral – urbain – maison de santé	Médecin de PMI
E13	?	Homme	50-60	Médecin coordonnateur		Salarié – urbain et semi-rural	Médecin généraliste
E14	39 :10	Homme	30-40	Médecin généraliste	2014	Libéral – urbain-Cabinet d'association	/
FCX	01 :18 :01	Homme	50-60	Médecin coordonnateur	2016	Salarié	Réanimation – médecine interne - pneumologue hospitalier
FCY	01 :18 :01	Homme	50-60	Médecin coordonnateur	?	Salarié – urbain et rural	Médecin généraliste – médecin de PMI
FCZ	01 :18 :01	Homme	30-40	Médecin coordonnateur	2016	Salarié – urbain et rural	Médecin généraliste
ET	53 :24	Femme	40-50	Médecin généraliste	?		

Image 1 : répartition des EMSP en France



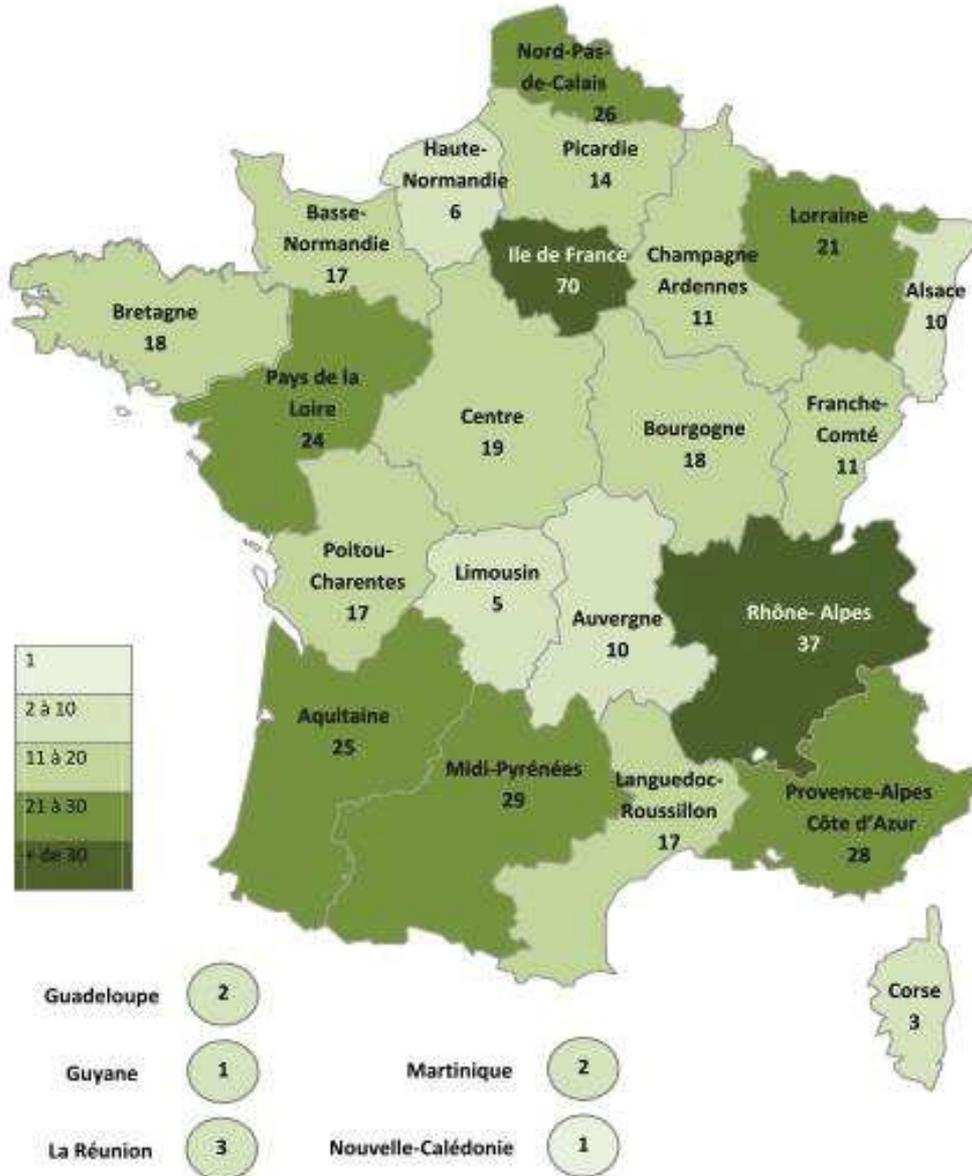
Répartition des EMSP en France EMSP, EMSP pédiatrique et Equipe ressource régionale pédiatrique

447 équipes mobiles dont 19 dédiées à la pédiatrie

Distribution of mobile palliative care teams in France (EMSP)

EMSP, EMSP for children and regional paediatric community resource teams

447 mobile teams, 19 of which are paediatric



BIBLIOGRAPHIE

1. Maunsbach M, Dehlholm-Lambertsen B. Qualitative methods in empirical health research. Focused group interview and participant observation. Nord Med. 1997;112(4):126-8.
2. Institute Of Medicine. Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century. [Internet] Washington DC. National Academy Press. 2001. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/> (Consulté le 27/02/2020)
3. Haute Autorité de Santé. Évaluation des technologies de santé à l'HAS : place de la qualité de vie [Internet] ; 2018. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr> (Consulté le 24/02/20)
4. Roemer Mi, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care [Internet]. World Health Organization ; 1988. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40663> (Consulté le 27/02/2020)
5. Durand N, Lanelongue C, Legrand P, Dr Marsala V. HAD [Internet]. Inspection générale des affaires sociales ; 2010. Report No. : RM2010-109P. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics> (Consulté le 25/06/2017)
6. Bertrand X. Rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile et sa place dans le dispositif sanitaire [Internet]. 2006 ; Report N° : DHOS/O3/2006/506. Disponible sur : <http://circulaires.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 27/02/2020)
7. Direction Générale De L'offre De Soins. L'hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé.[Internet] 2007. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had> (Consulté le 03/09/2017)
8. Safon M-O. La loi de modernisation de notre système de santé. Synthèse documentaire. Centre de documentation de l'IRDES [Internet] 2018 ; 107p ; Disponible sur : www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais (Consulté le 26/01/2020)
9. Cuny F. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile. Etude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Henri Poincaré ; Faculté de médecine de Nancy ; 2010 ; 164p.
10. Mauro L. Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ; Les dossiers de la DREES ; 2017 ; N°23 ; 21p.
11. Cour Des Comptes. L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr> (Consulté le 17/11/2019)

12. Mallet-Georger A. Ressenti du médecin généraliste lors d'une prise en charge avec l'HAD : étude qualitative sur le secteur de l'HAD de Perpignan [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2015. 129p.
13. Deschamps E. Place de l'hospitalisation à domicile en France et en région PACA dans les Hautes-Alpes : enquête auprès des médecins généralistes du territoire de l'antenne Briançonnaise sur les freins et motivations à leur implication [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Aix-Marseille. Faculté de médecine ; 2013. 161p
14. République française. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française n°7 du 4 janvier 1992 [Internet] ; Paris ; 1992. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 02/03/2020)
15. République française. Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics. Journal Officiel de la République Française [Internet] Paris ; 1986. p. 4621 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 02/03/2020)
16. République française. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française du 31 juillet 1991 [Internet] Paris ; 1991. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 26/02/2020)
17. République française. Décret no 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. Journal Officiel n° 234 [Internet] Paris ; 1992 ; p 13961 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 26/02/2020)
18. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire N° DH/EO2/2000/295 relative à l'hospitalisation à domicile. [Internet] ; Paris ; 2000 ;7p. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/> (Consulté le 23/01/2020)
19. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet] Paris ; 2006. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr> (Consulté le 04/01/2020)
20. République française. 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 (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel de la République Française du 24 février 2007 [Internet] Paris ; 2007 ; page 3382 ; Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 23/01/2020)
21. 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. Journal Officiel de la République Française du 22 juillet 2009 [Internet] Paris ; 2009. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 27/02/2020)

22. République française. Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. Journal Officiel de la République Française du 8 septembre 2012 [Internet] Paris ; 2012. page 14472 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 02/03/2020)
23. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Sécurité sociale [Internet] ; Paris ; 2013 ; 631p. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr> (Consulté le 27/02/2020)
24. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire n° DGOS/R4 n°2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) - Direction Générale de l'Offre de Soins [Internet]. Paris ; 2013 ; 25p ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr> (Consulté le 02/03/2020)
25. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile. Journal Officiel de la République Française n° 108 du 7 mai 2017 [Internet] Paris ; 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 02/03/2020)
26. Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie [Internet] ; 2016 ; 29p. ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr> (Consulté le 24/02/2020)
27. Tabuteau D. Santé et politique en France. Recherche en soins infirmiers ; 2012 ; 109 : 6 -15.
28. République française. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Journal Officiel de la République Française du 22 juin 2000 [Internet] Paris ; 2000 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 02/03/2020)
29. République française. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Journal Officiel de la République Française n°15 du 18 janvier 2004 [Internet] Paris ; 2004 ; p 1394 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 02/03/2020)
30. République française. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant. Service Public [Internet]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr> (Consulté le 04/01/2020)
31. République française. Code de la santé publique ; 34. Paris ; DALLOZ ; 2020 ; 3476p (Codes Dalloz)
32. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. Exercer. 2010 ; 21(91) : 41-6.

33. République française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française n°190 du 17 août 2004 [Internet] Paris ; 2004 ; 43p ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 27/02/2020)
34. République française. Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes. Journal Officiel de la République Française n°75 du 29 mars 1997 [Internet] Paris ; 1997 ; p4897 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 16/03/2020)
35. République française. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Journal Officiel de la République Française n°248 du 23 octobre 2016 [Internet] Paris ; 2016 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 27/02/2020)
36. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé. Guide thématique des experts-visiteurs : dossier du patient. Paris : HAS [Internet] ; 2014. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr> (Consulté le 27/02/2020)
37. Ehlinger C. Le médecin généraliste au sein de la structure Hospitalisation à domicile : de la législation à la mise en pratique au niveau nancéen en 2012. [Thèse d'exercice] ; Université de Nancy ; Faculté de médecine ; 2012 ; 69p
38. AURAL. Qu'est-ce que l'HAD ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.aural.fr> (Consulté le 02/03/2020)
39. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2014 ; 152p
40. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory 3^e edition ; California : SAGE Publications ; 2012, 379p.
41. Blanchet A, Gotmann A. L'entretien : L'enquête et ses méthodes. 2^e édition ; Armand Colin ; 2007. 128 p.
42. Dedianne M-C, Letrilliat L, Moreau A, Labarère J, Le Goaziou M-F, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien. 2004 ;18(3) ; 382-384.
43. Apostolidis T. Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. Institut de psychologie ; Brasilia ; 2006 ; 22(2) :211-26.
44. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches qualitatives ; 2006 ; 26(1) : 118-138.
45. Agence Régionale de Santé. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet] ; Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins> (Consulté le 19/01/2020)

46. Cubaynes MH, Noury D, Dahan M, Falip E. Le circuit du médicament à l'hôpital. Inspection générale des affaires sociales [Internet] ; 2011. Report N° : RM2011-063P. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit_du_medicament.pdf (Consulté le 19/01/2020)
47. République français. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Journal officiel de la République française n°0276 du 27 novembre 2016 [Internet] Paris ; 2016 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 12/02/2020)
48. Agence Régionale de Santé. Permanence des soins en médecine ambulatoire : nouvelles modalités d'organisation en Grand Est depuis le 1er janvier 2019. [Internet]; Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/permanence-des-soins-en-medecine-ambulatoire-nouvelles-modalites-dorganisation-en-grand-est-depuis> (Consulté le 07/01/2020)
49. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République française du 5 mars 2002 [Internet] ; Paris ; 2002 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 17/02/2020)
50. République française. Article L6321-1. Code de la santé publique. 34. Paris ; DALLOZ ; 2020 ; 3476p (Codes Dalloz)
51. République française. Loi sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française n° 167 du 22 juillet 2009 [Internet] ; Paris ; 2009 ; p12184 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 27/02/2020)
52. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction N° DGOS/R5/2016/392 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Direction Générale de l'Offre de Soins [Internet]. Paris ; 2016 ; 12p ; Disponible sur : <circulaire.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 26/02/2020)
53. Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet] ; 2019 ; 42p ; Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr (Consulté le 16/01/2020)
54. Sgro C. Gestion des erreurs médicamenteuses en médecine générale : une expérience en maison de santé pluridisciplinaire. ANSM ; Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance ; 2018 :18p.
55. Sécurité sociale. Rapport d'activité 2018. L'Assurance Maladie ; Bas-Rhin ; 2018 ; 38p.
56. HINI E. La durée des séances des médecins généralistes. DREES [Internet] ; 2006. Report No : 418 ; Disponible sur : www.sante.gouv.fr (Consulté le 24/02/2020)
57. Ministère des affaires sociales et de la sante. Instruction N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les

établissements de santé. DGOS [Internet] Paris ; 2014 ; 6p ; Disponible sur : circulaire.legifrance.gouv.fr (Consulté le 27/02/2020)

58. Signol B. La communication ville-hôpital en 2016 : constat et pistes d'amélioration. [Thèse d'exercice] ; UFR des Sciences de Santé de Dijon ; Circonscription Médecine ; 2016 ; 52p.
59. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique ; 2010. 423 p. (Métiers santé social).
60. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les réseaux de santé [Internet] ; 2016 ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr> (Consulté le 23/02/2020)
61. URPS médecins libéraux Ile-de-France. Les appels téléphoniques en consultation chez le médecin généraliste [Internet] ; 2012 ; Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/etude/etude-appels-telephoniques-recus-emis-medecin-generaliste-lui-meme-consultation-a-cabinet/> (Consulté le 10/01/2020)
62. Guillaume J, Vallée J, Bonnefond H, Charles R. Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale : revue de morbi-mortalité en groupe d'analyse de pratiques. Vie professionnelle : recherche en soins primaires ; 2013 ; 41-46
63. Fédération Nationale des Etablissement d'HAD. L'hospitalisation à domicile, l'hôpital, au plus près des patients. Rapport d'activité 2018-2019. [Internet] 2019 ; Disponible sur : <https://www.fnehad.fr/> (Consulté le 10/01/2020)
64. Piron P, Duhamel G, Mejane J. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Inspection générale des affaires sociales ; 2017 ; Rapport N°2016-064R ; 86p.
65. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en fin de vie en France. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques ; Population et sociétés ; 2012 ; n°494 ; 4p.
66. Fortane V. Enquête : les difficultés des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qu'ils souhaiteraient voir mises en place. [Thèse d'exercice] Université de Nantes ; Faculté de médecine ; 2010 ; 76p
67. Texier G. Difficultés des médecins généralistes dans les prises en charge au domicile de leurs patients en soins palliatifs. [Thèse d'exercice] Université de Rennes ; Faculté de médecine ; 2011 ; 136p
68. Dromer C. Facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale : vécu des médecins généralistes. [Thèse d'exercice] Université de Nice ; Faculté de médecine ; 2013 ; 79p
69. Boudy C-A. Soins palliatifs à domicile : quelles ressources pour les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice] Université de Nice ; Faculté de médecine ; 2015 ; 100p

70. Hervé A. A quel moment les médecins généralistes font-ils appel à l'HAD pour la prise en charge de leurs patients en soins palliatifs ? [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2019 ; 74p
71. Legendre J-P. Prise en charge palliative à domicile par les médecins généralistes du territoire du réseau de soins palliatifs de Mayenne [Thèse d'exercice]. Université d'Angers ; Faculté de médecine:2012.
72. Buyck JF, Casteran B, Cavillon M, Lelievre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. DREES : études et résultats [Internet] ; 2014. (289) ; 6p ; Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/> (Consulté le 12/02/2020)
73. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice] Université Toulouse III – Paul Sabatier ; Faculté de médecine ; 2014 ; 61p
74. Ministère des solidarités et de la santé. Plateformes territoriales d'appui - PTA [Internet] ; 2017 ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr> (Consulté le 14/02/2020)
75. Jollet V. L'hospitalisation à domicile préfiguratrice des plates-formes territoriales d'appui. FNEHAD : communiqué de presse [Internet] ; Paris ; 2016 ; Disponible sur : <https://www.fnehad.fr> (Consulté le 27/02/2020)
76. Alsace HAD. Alsace HAD : l'hospitalisation à domicile en Alsace [Internet] ; Disponible sur : <http://www.alsace-had.fr/> (Consulté le 14/02/2020)
77. Montmartin A-F. Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord Pas de Calais vis à vis de l'hospitalisation à domicile [Thèse d'exercice]. Université de Lille ; Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2016 ; 67p.
78. Larue V. Enquête des attentes des médecins généralistes du Couserans concernant l'utilisation de l'HAD [Thèse d'exercice] ; Université Toulouse III - Paul SABATIER - Faculté de médecine de Toulouse ; 2017 ; 112p.
79. République française. Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. Journal Officiel de la République Française n° 285 du 7 décembre 2012 [Internet] ; Paris ; 2012 ; p19171 ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 14/02/2020)
80. Ministère des solidarités et de la santé. La télémédecine [Internet] ; 2020 ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr> (Consulté le 13/02/2020)
81. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de presse [Internet] ; 2018 ; 52p ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr> (Consulté le 27/02/2020)

82. Nadolny J, Rahuel C. Télémédecine : approches et propositions des médecins généralistes libéraux français [Thèse d'exercice] ; Université de Toulouse III-Paul Sabatier ; Faculté de médecine ; 2019 72p.
83. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique ; 2016 ; 28(4):487-97.
84. Stromboni C. Face au coronavirus, l'essor de la télémédecine. Le Monde [Internet] 2020 ; Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/30/face-au-coronavirus-l-essor-de-la-telemedecine_6034961_3224.html (Consulté le 13/05/2020)
85. Chevreur K, Com-Ruelle L, Midy F, Paris V. Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : expériences australienne, canadienne et britannique. IRDES ; Paris ; 2005 ; (528) ; 136p.
86. Fédération Nationale des Etablissements d'HAD. Publication de l'étude sur les systèmes d'hospitalisation à domicile à l'étranger. FNEHAD [Internet] ; 2016 ; Disponible sur : <https://www.fnehad.fr/2016/12/09/publication-de-letude-sur-les-systemes-dhospitalisation-a-domicile-a-letranger/> (Consulté le 10/02/2020)
87. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3A/2018/136 du 4 juin 2018 relative à l'articulation entre les SSIAD-SPASAD et les établissements d'HAD pour assurer la prise en charge continue du patient à son domicile Journal Officiel de la République Française [Internet] 2018 ; 22p ; Disponible sur : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 06/10/2018)

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : TRUSSIPrénom : CAROLINE

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était 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,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A STRASBOURG, le 28/2/20

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

INTRODUCTION : L'hospitalisation à domicile (HAD) se place au croisement de la compétence ultraspécialisée hospitalière et de la médecine premier recours. Cette alternative à une hospitalisation conventionnelle constitue une interface ville-hôpital intéressante. Pourtant sa place dans le système de soins reste secondaire, avec notamment un très faible taux de prescription par les médecins généralistes, qui rapportent des difficultés de communication et de coordination entre les différents intervenants.

METHODE : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 9 médecins généraliste et 4 médecins coordonnateurs d'HAD, ainsi qu'un focus groupe auprès de 3 médecins coordonnateurs.

L'objectif principal était de comprendre comment les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d'HAD interagissent.

Les objectifs secondaires étaient d'appréhender les difficultés rencontrées par les deux groupes de médecins au cours de leur collaboration, d'analyser les éventuelles divergences et de comprendre la part jouée par les textes de loi.

RESULTATS : Les résultats de l'étude montrent que les médecins, tant coordonnateurs que généralistes, ont du mal à appréhender leurs places respectives dans les prises en charge, qu'ils attribuent à une méconnaissance des modalités de fonctionnement de l'HAD et de ses intervenants. Les médecins regrettent tous un manque d'échange autour des prises en charge.

D'autre part les deux groupes de médecins décrivent leurs difficultés vis-à-vis du cadre réglementaire de prise en charge posé par l'HAD, mais pour des raisons différentes. Les médecins généralistes trouvent ce cadre rigide et inadapté à la médecine de ville. Les médecins coordonnateurs, garants du respect de ce cadre réglementaire éprouvent, eux, des difficultés à assurer son application, alors qu'il fait partie des obligations institutionnelles conférées à l'HAD par les textes de loi.

CONCLUSION : Les relations entre les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs d'HAD font l'objet de problématiques de collaboration et de communication, en termes de méconnaissance mutuelle, de places respectives, d'échanges.

D'une part le partenariat déjà en place appelle à être renforcé, d'autre part les missions des établissements d'HAD et celles de leurs acteurs, définies par la Loi actuellement, gagneraient à être remodelées, afin d'être applicables sans difficultés en pratique, en particulier en revalorisant le rôle du médecin traitant comme pivot de la prise en charge.

Enfin l'HAD mériterait d'être réorganisée pour pouvoir se positionner en appui du médecin traitant dans sa démarche de maintien à domicile de son patient, à l'aide de ses moyens techniques et humains.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : collaboration, HAD, rôles

Président : Monsieur le Professeur Bernard GOICHOT

Assesseurs : Madame le Dre Juliette CHAMBE

Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT

Monsieur le Professeur CALVEL Laurent

Adresse de l'auteur :

38 rue des Jardiniers, 67000 STRASBOURG