



Faculté de **médecine**

maïeutique et **sciences de la santé**

Université de Strasbourg

ANNÉE : 2021

N°223

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'état

Mention : Médecine Générale

Par

RAHEM- KHELIFA Dhaouia

Née le 24/08/1981 à Ouadhia en Algérie

**Le handicap dans la formation médicale : Comment les jeunes
médecins généralistes alsaciens appréhendent-ils la prise en
charge médico-sociale du handicap à l'issue de leur formation
médicale ?**

Thèse soutenue le 06 octobre 2021

Président de jury : Pr Fabrice BERNA

Directeur de thèse : Dre Carine ZUMSTEIN

Membres de jury : Dre Agata KRASNY-PACINI et Dre Christelle SORDET

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition SEPTEMBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

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 Séïamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héléne Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

PO224	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
	ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
	Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	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 Seïamak P0005	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)
	BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEU Rémy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice P0182	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 P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
	BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
	BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
	BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. 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
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)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	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)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
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 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	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 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	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
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
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 / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0082	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	• 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 P0064	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 - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 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 P0067	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
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU- SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0081 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 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	NRP6 CS	• 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 P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

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

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

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

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

MO142 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 Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme 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)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALL-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
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 / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• 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
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• 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 I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
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 - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	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 KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
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 Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
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 M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	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)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	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)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina 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
SCHRAMM Frédéric M0068		• 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 Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
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 Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	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)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 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 Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey 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

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 7357 - 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 M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

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)
Pre GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
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)
Pr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

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

Dre 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)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		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	M0086	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	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

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 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)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)*
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

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

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENZT Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

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 55 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 - 67098 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'Elsau** : 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. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : 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
 A 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.

Admis 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

Aux membres de jury,

Monsieur le Professeur Fabrice Berna, je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

Madame la Docteure Agathe Krasny-Pacini, je vous remercie de votre disponibilité et d'avoir accepté de prendre part à ce jury pour juger mon travail. Je vous prie de trouver ici ma profonde reconnaissance.

Madame la Docteure Christelle Sordet, je vous remercie de votre disponibilité et d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous prie de trouver ici ma profonde reconnaissance.

Madame la Docteure Carine Zumstein, je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci d'avoir su me guider dans cette expérience par tes précieux conseils. Reçois ici l'expression de ma sincère gratitude.

Un grand merci aux Docteure Anne-Élisabeth Sanselme, docteure Élisabeth Meyer, Docteure Sophie Hssain-Chehabi et Docteure Sylvie Henry pour avoir contribué à l'accomplissement de mon travail.

Aux jeunes médecins généralistes ayant participé aux entretiens, sans votre contribution rien ne serait possible. Ce travail vous est spécialement dédié.

A mes maîtres de stage, hospitaliers et ambulatoires, je vous remercie pour tout.

A mes parents à qui je dédie cette thèse. Votre confiance et votre soutien infaillible m'ont permis de franchir de nombreuses épreuves tout au long de ma vie et ainsi devenir la personne que je suis aujourd'hui. Je vous aime.

A mes deux amours Adame et Anaïs vous êtes mes deux rayons de soleil qui illuminent ma vie tous les jours. Je vous embrasse tendrement.

A mon cher mari Bruno, merci pour ta positive attitude qui me soutient au quotidien.

A mes frères et sœurs, je vous aime.

A mon beau- père, à qui je dédie ce travail. Je te remercie pour ton accueil bienveillant et ton estime à mon égard. Tes sourires et ta bonne humeur nous manquent à tous. Repose en paix.

Abréviations

A

AAH	Allocation adulte Handicapé
ABRAPA	Association Bas Rhinoise d'Aide à la Personne Agée
AEEH	Allocation pour l'Education de l'Enfant Handicapé
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupes iso-Ressources
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire

C

CAMPS	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CDAPH	La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CIF	Classification internationale du fonctionnement
CLIC	Centre d'Information et de Coordination
CMI	Carte Mobilité Inclusion
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
Covid-19	Maladie infectieuse provoquée par le SARS-CoV-2
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CTA	Coordinations Territoriales d'Appui

D

DES	Diplôme d'études spécialisées
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

H

HAD	Hospitalisation à Domicile
-----	----------------------------

M

MAIA	Méthodes d'Action pour l'intégration des Services d'aide et de soins dans le champs de l'Autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MMS	Mini-Mental State
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation

O

OMS	Organisation mondiale de la santé
-----	-----------------------------------

P

PMI	Protéction maternelle et infantile
PRAG	Plateforme du Réseau d'Appui aux médecins Généralistes
PTA	Plateformes Territoriales d'Appui

R

RDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
RQTH	Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé
RSCA	Récit de Situation Complexe et Authentique

S

SASPAS

Stage Ambulatoire en soins Primaires en Autonomie Supervisée

W

WONCA

World Organization of National Colleges/ World Organization of Family Doctors

Table des matières

ABREVIATIONS	15
I INTRODUCTION	18
1. Handicap définition et statistiques	18
2. MDPH : une structure clé dans l'accompagnement du handicap	19
3. La place du médecin généraliste dans la prise en charge du handicap	20
II METHODOLOGIE ET MATERIEL	23
III RESULTATS	30
A. Description des échantillons	30
B. Résultats de l'enquête	31
IV DISCUSSION	67
A. Critiques de la méthodologie	67
B. Le vécu des consultations du handicap des jeunes médecins généralistes pendant leur formation	69
C. Obstacles identifiés lors de la formation des futurs médecins généralistes dans le domaine du handicap	75
D. Les connaissances et les besoins en matière de formation des médecins	80
V. CONCLUSION	83
VI ANNEXES	85
VI BIBLIOGRAPHIE	99
VII DECLARATION SUR L'HONNEUR	104

I Introduction

1. Handicap définition et statistiques

D'après le dernier rapport mondial de l'OMS de 2011, la prévalence du handicap à l'échelle mondiale dépasse les 15% de la population mondiale et est en constante augmentation. Le handicap est au-delà du schéma stéréotypé de la personne en fauteuil roulant. Il est majoritairement représenté par les personnes polypathologiques (1).

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) élaborée par l'OMS en 2001 définit le handicap comme un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation (2). Il offre un large cadre universel sur lequel doivent se baser les projets politiques et le développement des services pour une meilleure prise en charge des besoins de la personne (3). Pour les experts à l'origine de cette classification, le handicap provient de la défaillance de notre environnement. Il est le résultat d'une interaction entre les fonctions de l'organisme, des facteurs personnels et l'environnement dans lequel il évolue (4).

Dans le prolongement de cette classification le législateur français vient inscrire pour la première fois un cadre officiel pour le handicap par l'Art.L.114 de la loi du 11 février 2005 *« pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »*. Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (5).

Cette définition englobe le handicap quel que soit l'âge de la personne. Elle englobe donc également la perte d'autonomie liée à l'âge.

Les statistiques du handicap en France sont difficiles à déterminer car elles proviennent de multiples sources. Elles sont principalement issues de données du handicap qui bénéficie d'une reconnaissance administrative. Il s'agit des bénéficiaires de prestations ou d'hébergement. L'autre partie provient de données d'enquêtes décennales dans la population générale (6,7). Les derniers chiffres du handicap proviennent de l'enquête Handicap-Santé de 2008-2009 (hors personnes vivant en institution), indiquant que la France compte 10,2 millions de personnes handicapées âgées de 16 ans et plus se déclarant avoir une difficulté dans au moins une dimension fonctionnelle. Le chiffre se basant sur les données de reconnaissance administrative d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie est de 3,8 millions chez les plus de 16 ans (7).

Afin de rendre visibles ces données statistiques, un groupe de producteurs de données statistiques sur le handicap et l'autonomie a été créé à l'automne 2020 dans le but de centraliser et de coordonner les données autour d'un dispositif global d'observation statistique(7).

2. MDPH : une structure clé dans l'accompagnement du handicap

La loi du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » a été à l'origine de la création de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département. Elle est le guichet unique des personnes atteintes d'un handicap, de leurs familles et des professionnels intervenant auprès de ces personnes. Elle fonctionne sous la direction du Conseil Général.

Les missions de la MDPH sont définies par la loi. Elle exerce une mission d'accueil, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs familles, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap (8).

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se charge des décisions relatives aux droits de la personne au sein des MPDH. Cette commission est constituée d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels issus du monde médical, médico-social, social, scolaire et de l'insertion professionnelle. Cette composition varie en fonction du handicap concerné (9). La demande de compensation auprès de la MDPH se fait via un dossier comprenant obligatoirement un certificat médical (annexe 1) qui doit être rédigé par un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Il est le support d'évaluation du retentissement de la pathologie, de la déficience ou de l'incapacité dans la vie quotidienne auprès de la CDAPH qui établit un plan personnalisé de compensation (10).

3. La place du médecin généraliste dans la prise en charge du handicap

Le médecin généraliste a un rôle fondamental auprès du patient handicapé. La WONCA (World family doctors) le définit comme un élément central du système de santé et lui procure au-delà de son rôle scientifique et médical une dimension psychologique, sociale, culturelle et existentielle (11).

La médecine de premier recours est une entrée vers le système de soins comme l'indique l'art. L1411-11 du code de la santé publique concernant l'accès aux soins de premier recours. La consultation en médecine générale est un lieu de toutes les demandes liées aux soins au sens large (12) :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments ;

- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé

Le handicap est source de nombreux désavantages en matière de santé, d'économie, d'éducation ainsi que sur le plan socioprofessionnel (2). Ceci implique un investissement important du médecin sur le plan médical mais également social et administratif pour accompagner son patient et ses aidants dans leurs démarches. Les demandes de compensations sont particulièrement importantes dans la vie d'une personne en situation d'incapacité.

C'est le médecin traitant qui se charge le plus souvent de la rédaction de ce certificat médical de la MDPH, l'élément central sur lequel se base la commission pluridisciplinaire pour statuer sur les droits du demandeur (9). Or une enquête initiée par le haut conseil de la santé publique dans toutes les MDPH dont le rapport a été établi en septembre 2014 pointe du doigt une insuffisance dans le remplissage des certificats médicaux du dossier MDPH trop fréquente et préjudiciable à la bonne évaluation des besoins du patient handicapé, qui nécessite d'être améliorée (13).

Le problème qui se pose est de savoir dans quelle mesure un médecin généraliste est en capacité d'accomplir cette mission lourde et complexe auprès des patients en situation de handicap à l'issue de sa formation.

Une enquête réalisée sur un panel de médecins généralistes de Provence Alpe Côte d'Azur en 2002 concluait à un manque de connaissances des médecins généralistes dans le domaine du handicap, engendrant des prises en charges inadéquates (14).

Quelques travaux de thèses se sont penchés également sur le sujet. L'enquête quantitative effectuée par Davion Marieke en 2011 auprès de jeunes médecins bretons met en évidence

une carence dans la formation en lien avec le handicap (15). Une autre thèse plus récente réalisée en 2018 auprès de médecins généralistes installés dans la Somme a souligné de nombreuses difficultés concernant la rédaction du certificat médical de la MDPH (16).

La formation des médecins généralistes sur le handicap en Alsace se fait essentiellement à travers le module Handicap-Incapacité-Dépendance enseigné au deuxième cycle des études médicales (17) et sur les apprentissages pratiques durant les stages d'internat.

Aucune étude sur le sujet n'a jamais été établie en Alsace à notre connaissance. Notre objectif était donc d'évaluer la manière d'appréhender la prise en charge médico-sociale du handicap par les futurs médecins généralistes alsaciens à l'issue de leur formation médicale.

II Méthodologie et matériel

1. Type d'étude :

Nous avons réalisé une enquête qualitative sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode est particulièrement adaptée pour l'étude du vécu, des perceptions, expériences et besoins des individus dans leur contexte naturel (18). Elle permet de recueillir des propos et des récits d'individus plutôt que des données chiffrées. La méthode qualitative a longtemps été opposée à la méthode quantitative pourtant elles sont deux méthodes complémentaires (19). La recherche qualitative a une place de plus en plus importante dans les recherches de médecine de premier recours et requiert une rigueur tout aussi forte que la recherche quantitative (20) en se basant sur les lignes directrices COREQ (21). Dans notre étude nous avons ciblé les pratiques et expériences des internes de médecine générale de la prise en charge médico-sociale du handicap pendant leur cursus. Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à l'obtention de la saturation des données c'est-à-dire l'absence d'émergence de nouvelles idées lors de nouveaux entretiens.

2. Matériel

Nous avons utilisé pour notre enquête un dictaphone analogique intégré au smartphone de l'enquêtrice pour l'enregistrement des entretiens présentiels. L'application Skype téléchargée sur l'ordinateur de l'enquêtrice a été utilisée pour les entretiens faits par visioconférence.

La retranscription écrite des entretiens ainsi que l'analyse des données ont été effectuées sur Word 2019 dans l'ordinateur de l'enquêtrice sur une session verrouillée par un mot de passe.

Le stockage des données d'enregistrements a été effectué sur le serveur sécurisé de l'université jusqu'à la fin de l'étude puis seront supprimés définitivement.

Le logiciel Zotero a été utilisé pour la récolte et la gestion des références bibliographiques.

3. Élaboration du canevas d'entretien

Le canevas d'entretien (annexe 2) est un ensemble de questions ouvertes utilisées comme guide pour l'entretien. Il garantit un cadre de recherche prédéfini tout en laissant la liberté de parole aux participants (22,23). Nous avons élaboré le guide à l'aide de données de la littérature de façon à pouvoir répondre à notre question de recherche.

Ce guide a été soumis à l'avis d'un proche de l'enquêtrice pour évaluer la pertinence et la clarté des questions pour éliminer des sources d'ambiguïtés. L'enquêtrice s'est entraînée lors d'un entretien test fait avec un médecin généraliste ne répondant pas aux critères d'inclusion pour éviter la perte d'un participant potentiel si le canevas devait être considérablement modifié. Le questionnaire a subi ainsi quelques modifications pour qu'il soit enfin validé avec la directrice de thèse.

Nous avons développé un schéma sur trois grands items principaux :

- Le vécu de la prise en charge médico-sociale du handicap pendant l'internat : expériences et représentations du handicap
- Les connaissances en fin de cursus sur le handicap, la MDPH et le certificat médical de la MDPH
- Les propositions d'amélioration de la formation médicale sur le sujet.

L'expression libre des participants a été favorisée. Des sous-questions de relances étaient prévues pour les points non abordés spontanément par l'interviewé. L'ordre des questions lors de l'entretien n'était pas strict pour préserver une logique et une bonne fluidité du discours.

4. Population de l'étude

a) *Constitution de l'échantillon*

Nous avons ciblé notre enquête auprès de jeunes médecins généralistes qui venaient de terminer leurs cursus pour avoir leurs retours sur le vécu et l'expérience du handicap pendant l'internat sans influence d'une expérience significative ultérieure à la formation médicale initiale.

- Les critères d'inclusion : Jeunes médecins généralistes de la faculté de médecine de Strasbourg ayant soutenu leurs DES (diplôme d'études spécialisées) de médecine générale depuis moins d'un an et ayant effectué au moins un stage de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en autonomie Supervisée), quel que soit leurs âge, sexe ou faculté d'origine.
- Les critères d'exclusion : les médecins généralistes ayant soutenu leurs DES depuis plus d'un an. Les médecins généralistes préparant un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires).

b) *Mode de recrutement*

Une lettre d'information (annexe 3) a été envoyée fin novembre sur la liste des mails obtenue par la scolarité du 3eme cycle de médecine générale de Strasbourg après autorisation du Dr Gries.

Nous avons ciblé les internes de médecine générale ayant fait leur SASPAS entre novembre 2019 et novembre 2020. Plusieurs relances ont été nécessaires pour obtenir quelques réponses. Pour étoffer notre échantillon nous avons recruté parmi les connaissances et les anciens co-internes de l'enquêtrice répondant aux critères d'inclusion. Les anciens maitres de stages de la chercheuse ont été sollicités également pour diffuser la lettre d'information auprès de leurs anciens internes en SASPAS. Au fur et à mesure des entretiens, certains participants ont contribué au recrutement parmi leurs propres contacts.

5. Déroulement des entretiens

L'enquête s'est déroulée dans un contexte épidémique inédit à la Covid-19. Nous avons voulu, pour la sécurité des participants et pour des raisons d'organisation complexe liée à cette crise, privilégier autant que possible les entretiens en visioconférence pour limiter les risques de transmission de la maladie. Les participants pouvaient choisir l'endroit depuis lequel ils effectuaient l'entretien ainsi que la date et la plage horaire qui leurs convenaient.

Les participants avaient également le choix d'opter pour un entretien présentiel au cabinet d'exercice de l'enquêtrice à la date et à l'heure de leurs choix. Certains ont justifié ce choix pour une question de préférence ou pour la crainte de difficultés d'accès à internet. Les entretiens se sont déroulés en tête à tête sans intervention d'un tiers dans le but d'assurer un environnement calme et de faciliter les échanges.

Les entretiens se sont déroulés comme suit :

Un rappel du contexte de l'étude par l'enquêtrice et du déroulement de l'entretien est exposé au participant. Avant de lancer l'enregistrement l'enquêtrice remet une fiche de recueil de consentement (annexe 4) qui concerne l'enregistrement de l'entretien, la retranscription de celui-ci et le traitement de données rendues anonymes. Celle-ci devait être datée et signée en deux exemplaires. Lorsque l'entretien est fait par visioconférence l'enregistrement sur l'application Skype est lancé après avoir prévenu le participant et obtenu son accord. Le consentement pour enregistrement vidéo (annexe 5) est dans ce cas adressé et retourné daté et signé par mail.

Le participant est informé de son droit de retrait de l'étude et ce jusqu'à anonymisation des données. Au-delà il sera impossible de le faire en raison de l'absence de tableau de correspondance entre les données anonymes et les consentements, seuls documents

nominatifs. Un recueil de données non nominatives sur l'âge, les stages effectués pendant l'internant et les remplacements sont notés sur une fiche du participant (Annexe 6).

Il était également utile de rappeler aux internes le but de l'enquête et qu'il n'était nullement question de juger leurs connaissances et leurs pratiques individuelles. Cette mise au point permettait d'éviter des blocages et gênes en raison de la particularité du sujet étudié.

L'entretien commence par demander au participant de se remémorer une situation qu'il l'avait marqué pendant ses stages concernant la prise en charge du patient handicapé. L'entretien suit un cheminement logique dans lequel le participant est laissé libre de raconter son expérience et de l'aborder depuis son point de vue. L'enquêtrice adopte une écoute active et utilise des questions de relance quand cela était nécessaire pour préciser par exemple une idée émise ou pour cibler un item qui n'a pas été abordé spontanément par l'interviewé (22).

6. Recueil et gestion des données

Les données des entretiens sont enregistrées par dictaphone intégré dans le smartphone de l'enquêtrice pour les entretiens présentiels ou directement sur l'application Skype pour les enregistrements de visioconférence.

Ces enregistrements sont stockés sur une session sécurisée sur le serveur de l'université pour être supprimé du dictaphone et de l'application Skype. Elles seront définitivement supprimées du serveur à la fin de leurs retranscriptions écrites et anonymes.

7. Retranscription des entretiens

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot, sous forme de *verbatim* en utilisant le logiciel de traitement de texte Word 2019. Les retranscriptions sont numérotées en fonction de l'ordre de passage des participants. La lettre P suivi d'un numéro désigne le participant et son ordre de passage dans l'enquête. Les fichiers Word des verbatims sont stockés en vue de l'analyse sur une session verrouillée par un mot de passe sur l'ordinateur de l'enquêtrice.

8. Aspects réglementaires et éthiques

L'étude a été conduite selon la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Cette enquête a fait l'objet d'une déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). En application de la loi Jardé de novembre 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine, un protocole de recherche a été présenté au comité d'éthique des Facultés de Médecine, d'Odontologie, de Pharmacie, des Écoles d'Infirmières, de Kinésithérapie, de Sages-Femmes et des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour un avis consultatif concernant notre recherche non interventionnelle.

9. Analyse des données

Nous avons procédé à l'analyse des verbatims dès la première retranscription. C'était un processus continu dans lequel nous avons fait des allers-retours entre les verbatims au fur et à mesure des entretiens.

L'analyse a été effectuée selon un codage axial en quatre étapes (22,23) :

- Imprégnation du verbatim par une lecture répétée de celui-ci.
- Repérage d'idées clés dans les récits correspondant aux thèmes abordés dans la grille d'entretien et qui répondent aux objectifs de notre question de recherche. Ces idées sont repérées dans les textes sous formes de mots, de phrases ou de passages.
- Les idées clés de chaque verbatim sont classées, au fur et à mesure des entretiens, dans des catégories élaborées de façon déductive et en s'appuyant sur la grille d'entretien.
- Les catégories émergent de notre analyse sont à leur tour regroupées dans des thèmes plus larges

Le codage a été effectué de façon manuelle sur le logiciel Word en surlignant les idées clé et un tableau a été réalisé pour dresser les catégories et thèmes. Les trois premiers entretiens ont

bénéficié d'un double codage en parallèle et en aveugle effectué par un tiers extérieur à l'enquête afin de valider l'analyse de l'enquêtrice. Le reste des entretiens a été exclusivement codé par l'enquêtrice.

III RESULTATS

A. Description des échantillons

L'échantillon se compose de quatorze jeunes médecins généralistes de la faculté de médecine de Strasbourg. Un avait terminé son cursus en Avril 2020 et treize en Novembre 2020.

Ils étaient quatre hommes et dix femmes, avaient entre 27 et 31 ans. Tous avaient fait un SASPAS et un stage praticien de niveau 1 en milieu urbain, rural et semi rural. Douze participants avaient déjà effectué des remplacements de 1 à 3 mois, un environ 6 mois et un n'avait pas encore remplacé.

Trois entretiens se sont déroulés en présentiel au cabinet où exerce la chercheuse en tant que remplaçante. L'enregistrement présentiel s'est fait par un dictaphone analogique. Onze entretiens se sont déroulés par visioconférence à l'aide de l'application Skype dont un par WhatsApp à la demande du participant. Tous les participants étaient à leur domicile pendant l'entretien. L'enquêtrice s'est connectée depuis son domicile ou son lieu d'exercice.

L'ordinateur portable personnel de la chercheuse a été utilisé pour l'enregistrement vidéo. Les entretiens se sont déroulés du 2 février 2021 au 30 Avril 2021. La durée des enregistrements est d'une durée moyenne de 51 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Participant	Age	Sexe	Durée min	Expérience dans le handicap	Remplacements	Type
P1	31	M	47	SASPAS	Non	Vidéo
P2	30	F	50	SASPAS	Oui	Vidéo
P3	27	F	73	SASPAS	Oui	Présentiel
P4	30	M	69	SASPAS/Praticien1	Oui	Vidéo
P5	28	M	52	SASPAS/Praticien1	Oui	Présentiel
P6	28	F	42	SASPAS/Praticien 1	Oui	Vidéo
P7	27	F	37	SASPAS	Oui	Vidéo
P8	27	F	55	Med. Poly/Saspas/Praticien1	Oui	Présentiel
P9	30	F	50	SASPAS	Oui	Vidéo
P10	28	F	31	Santé de l'enfant /SASPAS/Praticien1	Oui	Vidéo
P11	29	F	52	SASPAS/santé de l'enfant	Oui	Vidéo
P12	27	F	56	SASPAS/Praticien1	Oui	Vidéo
P13	27	M	76	Santé de l'enfant /SASPAS	Oui	Vidéo
P14	30	F	32	Med. Poly /SASPAS/Praticien1	Oui	Vidéo

Praticien1 : stage praticien de niveau 1

Med. Poly: stage médecine polyvalente

B. Résultats de l'enquête :

1. Le vécu des consultations de prise en charge médicosociale du handicap par les jeunes médecins pendant l'internat

a) La représentation du handicap par les jeunes médecins généralistes

- La représentation du handicap diffère selon l'expérience de chacun. Certains médecins interrogés estiment que le handicap est ***une notion très vaste*** qui va au-delà d'une incapacité visible comme le handicap moteur ou mental. Deux d'entre eux s'interrogent sur ***la place du handicap social et le rôle du médecin dans la gestion de ces situations.***

P4 : « Au-delà de ça il doit y avoir un handicap social, je pense qu'on n'a pas toutes les mêmes chances de là où on est né. C'est difficile de réussir à les identifier car pour ce qui est du handicap mental ou moteur on s'en rend compte très vite mais il y a d'autres handicap qu'on a souvent du mal à cerner et difficile à identifier »

P9 : « il y a un handicap de communication chez les gens qui ne parlent pas français et qui ont des limitations dans la vie quotidienne mais qui n'ont pas de diagnostic médical mais pour moi je le considère quand même comme des handicapés. »

D'autres peuvent avoir **une représentation** plutôt **stricte du handicap**. Dans leurs esprit le handicap est représenté par « **le patient en fauteuil roulant ou en institution** ».

P1 : « Le handicap Ce n'est pas quelque chose que tu as à gérer de manière fréquente, tu n'en vois presque jamais. »

P8 : « J'ai remarqué qu'en voit pas tant que ça au cabinet »

P11 : « Le handicap ce n'est pas quelque chose que je côtoie régulièrement sauf pour plus de suivi chez des patients déjà pris en charges dans des institutions »

- Leur principale expérience en lien avec la prise en charge médicosociale du handicap est la rédaction du certificat médical de la MDPH.

P2 : « Plusieurs cas qui me viennent à l'esprit j'ai eu plusieurs cas d'enfants avec des parents qui viennent avec des dossiers MDPH »

P3 : « oui oui bah tous les remplissages de dossiers MDPH »

P6 : « Oué oué les dossiers MDPH j'en ai déjà fait... j'en ai fait pendant mon saspas »

b) *Le ressenti des jeunes médecins généralistes concernant la prise en charge médico-sociale du handicap*

- Treize participants sur quatorze pensent que la prise en charge médicosociale du handicap est du ressort du médecin traitant et s'inscrit dans une ***prise en charge globale du patient en situation de handicap***.

P4 : « Alors qu'autant que médecin on devrait pouvoir quand même répondre à pas mal de questions de patients comme ça. Que c'est notre boulot aussi de médecin de faire en sorte que les personnes soient dans plus possible dans la bonne santé physique mentale et sociale. Ça fait partie de notre job ça a des implications vraies dans la vie des gens »

P9 : « Je pense que c'est notre rôle »

P13 : « avoir finalement le rôle de coordinateur pour que le patient soit bien pris en charge sur tous les aspects »

- Ces consultations peuvent engendrer chez certains d'entre eux ***une appréhension***, le plus souvent en lien avec leur ***caractère chronophage et complexe***.

P5 : « Parfois ça peut être de l'appréhension quand on va devoir se concentrer sur les gens qui viennent derrière dans la salle d'attente comme chez certains médecins qui consultent sans rendez-vous ».

P8 : « Après concrètement le jour où ça va me tomber dessus en consultations je ne sais pas je ne sais pas »

P13 : « quand je pense handicap, ça me fait écho à des patient chroniques avec des atteintes lourdes et donc c'est sûr qu'il y a une appréhension au départ puisque c'est des patients qui nécessitent plus d'attention »

- Elles peuvent être également une **source d'incertitude pour les jeunes médecins**

P1 : « autant y a des trucs où tu sais très vite ce que tu vas devoir faire autant là je patageais un peu »

P13 : « Les patients qui viennent pour un renouvellement de matériel médical c'est souvent les patients qui demandent aux médecins ce qu'il faut prescrire et souvent pour régulariser dans un second temps [...] le médecin est prestataire de papier. Il remplit des trucs qu'il ne sait même pas que ça existe je me dis que je fais confiance au patient »

Puisqu'ils se sentent souvent **démunis** et **manquent de savoir-faire**

P2 : « Je râle un peu intérieurement ...je ne pourrais pas leur apporter toute l'aide dont ils ont besoin »

P4 : « C'est une vraie demande de patient à laquelle je ne peux pas répondre. Moi je botte souvent en touche il faut voir avec l'assistante sociale »

P8 : « Il y a des choses qu'on peut faire mais je ne sais pas comment. Concrètement comment on les trouve ou comment on fait non »

P9 : « Pas satisfaite sur ce que je fais. Je pense qu'ils auraient pu avoir plus d'info que ce que je leur ai donné »

P11 : « le jour où on a un patient qui relève de ça je me retrouve démuni »

- Uniquement deux des médecins interrogés ont déjà ressenti de la **satisfaction** dans leur expérience avec le handicap

P5 : « on se sent utile quand même pour la personne. C'est plutôt satisfaisant je trouve »

P8 : « Pour moi c'était gratifiant je garde un bon souvenir, ils sont très reconnaissants vis-à-vis du médecin ils sont très respectueux ».

c) *Le vécu lié à la rédaction du certificat médical de la MDPH et l'accompagnement du patient handicapé dans ses démarches sociales*

- Le certificat médical de la MDPH est jugé trop long. Il est considéré comme un ***acte chronophage***

P3 : « *ce n'est pas forcément difficile mais chronophage mais faut prendre le temps d'une consultation longue pour remplir ces dossiers parce que sinon on ne s'en sort pas* »

P4 : « *autant qu'interne rien que prendre connaissance du dossier patient et compléter le dossier c'est déjà un bon morceau pour une consultation* »

P5 : « *ça prenait quand même énormément de temps parce qu'il faut évaluer leurs handicaps ce qu'ils en attendent et tout ça* »

Même si globalement son utilisation est jugée ***facile et ergonomique***.

P4 : « *il est assez ergonomique on se laisse enfin je me laisse porter par le dossier MDPH* »

P11 : « *Il est bien fait, facile d'utilisation* »

- Pour la plupart, ***la rédaction du certificat médical fait partie de la prise en charge globale du patient.***

P10 : « *Ça fait partie de notre travail c'est à nous de le faire ces dossier MDPH on ne délègue pas on doit savoir faire [...] C'est pour aider le patient donc pour améliorer sa prise en charge* »

P6 : « *je pense que ça a un impact dans la vie du patient et que finalement c'est aussi lié au soin peut être prendre un peu plus de plaisir à le remplir vraiment* ».

P12 : « *moi ça ne me pose pas de problème de le remplir puisque je suis là pour ça aussi.* »

- Dans le même esprit, un des participant ***regrette*** que son ***format administratif*** l'éloigne ainsi d'une réelle démarche de soin

P6 : « *A la fois il est bien qu'il y ait toutes ces cases sinon on va oublier la moitié des choses mais ceci dit il y a beaucoup trop de cases à cocher c'est des trucs un peu rébarbatifs et on perd un peu le côté relationnel de soin tu vois oui ça fait cases à cocher tac tac tac* »

- Pour deux des médecins interrogés, la rédaction du certificat médical de la MDPH peut engendrer *de l'appréhension*,

P7 : « Je trouve que c'est quelque chose qui fait un peu peur je pense parce qu'on ne le connaît pas assez enfin on se demande si je vais savoir le faire si j'ai toute l'info est ce que je ne vais pas oublier quelque chose »

P9 : « Quand je sais que la demande va être un dossier MDPH je suis un peu réticente »

En raison du *sentiment de manque de compétence* pour gérer ce type de demande.

P6 : « un peu frustrée de savoir que je ne le remplissais pas de façon pas vraiment optimale »

P8 : « on se retrouve en stage à le faire, on ne se sent pas forcément légitime de le faire »

P9 : « c'est sûr que ce n'est pas rempli de manière optimale, mais bon on le fait quand même »

- Une *source d'incertitude* pour les médecins : ils ont le sentiment de faire un acte qu'ils ne *maîtrisent pas*.

P2 : « je n'ai jamais fait au pif mais je n'aurais au moins pas cette sensation »

P8 : « ne sais pas je pense qu'on le remplissait un peu à la louche quand même »

P9 : « Après est ce que ça été rempli dans de bonne conditions. C'est des consultations où on fait à peu près »

- Certains se voient dans la rédaction de ce certificat réduits au **simple prescripteur** parfois « **contraint** ».

P5 : « elle me dit tu poses les questions à la dame là et de toute façon cette dame elle voulait une place de parking handicapé et de toute façon elle ne l'aura pas »

P7 : « y en a ceux qui viennent et me disent je veux ça et ça c'est très difficile aussi on a l'impression d'être prescripteurs contraint mais voilà c'est délicat comme consultation »

P11 : « Oui peuvent être insistants pas agressif forcément, enfin mais je ne vais pas dire qu'ils m'obligent mais c'est leurs motifs de consultation et s'ils ne repartent pas avec leurs certificats de MDPH rempli ça ne va pas »

P13 : « je ne sais pas comment je réagis si c'est une première demande que je trouverais abuse »

- Les demandes à la MDPH viennent plutôt à **l'initiative du patient**.

P11 : « J'avoue que je ne l'ai jamais proposé c'est plutôt les patients qui viennent avec cette demande »

P13 : « Il m'avait expliqué que la demande devait venir du patient »

- Certains avouent **un manque de motivation** à réaliser cet acte puisqu'ils ne savent souvent pas ce que ça apporte concrètement au patient.

P3 : « c'était remplir le certificat pour remplir »

P8 : « Moi j'ai plus vu ça comme une corvée, je n'y connais rien, on fait des certificats on ne sait pas pourquoi après on remplit et puis voilà »

P11 : « parfois on a l'impression de le remplir pour rien un peu de lassitude »

2. Les limites de la formation médicale sur la prise en charge médicosociale des patients en situation de handicap vues par les jeunes médecins généralistes :

a) Les limites de la formation pratique dans le domaine du handicap

Les futurs médecins acquièrent les compétences nécessaires à leur exercice essentiellement par les expériences et apprentissages sur le terrain pendant l'internat.

- Or plusieurs des participants pensent que ***la prise en charge médicosociale du handicap n'est pas une situation à laquelle ils sont confrontés pendant leurs stages ;***

P3 : « *ce n'est pas une situation qui arrive quand même souvent au cabinet* »

P4 : « *Le handicap je n'ai pas été beaucoup confronté pendant l'internat. J'en ai vu deux et au fait tout était déjà en place* »

P8 : « *J'ai remarqué qu'en voit pas tant que ça au cabinet, non je n'en ai pas vraiment eu* »

P9 : « *Ce n'est pas ce qu'on rencontre le plus en consultation* »

De plus, ils estiment que ***les patients les consultent moins pour des questions complexes*** pour lesquelles ces derniers ***préfèrent s'adresser directement à leur médecin traitant***, ce qui réduit leur expérience dans ce type de prise en charge pendant leurs stages en autonomie.

P3 : « *c'est vrai que spontanément les gens ils vont voir leurs médecins traitants et pas leurs remplaçant* »

P5 : « *Certaines fois ou les patients demandaient clairement que ça ne soit pas moi que c'était le maître de stage* »

P9 : « *En saspas je n'en ai pas eu car les gens savent que c'est nous* »

- Plusieurs d'entre eux ont avoué clairement ***ne pas éprouver de l'intérêt intellectuel*** aux apprentissages des questions relevant de la prise en charge purement sociale ou administrative du handicap.

P1 : « ... moi intellectuellement ça ne m'intéresse pas »

P2 : « Je pense que j'étais contente de pas rester tard pour faire ces papiers je pense que ça avait l'air long et fastidieux »

P8 : « après en médecine interne j'étais quand même un peu confrontée à ça mais je n'étais pas du tout focalisée là-dessus du tout du tout je suis focalisée sur le médical »

P13 : « C'est clair que ce n'est pas ma partie préférée du travail, ce que j'aime bien dans mon quotidien c'est tout ce qui est diagnostic et gestes techniques et des petites urgences c'est ça que j'aime »

Ainsi certains ***regrettent leur manque d'investissement***

P2 : « [...]je pense que si j'étais un poil, sérieuse, je pense que j'aurais quand même été un peu déçu de pas bien apprendre à les remplir »

P3 : « c'est dommage mais c'est ces domaines là sur lesquels on fait l'impasse »

P4 : « c'est probablement ma faute aussi je n'ai pas révisé je ne me suis pas ré intéressé »

P9 : « depuis l'ECN je ne suis pas retournée faire un travail personnel. Je ne me suis pas remise dans ça pour retourner les chercher au moins sur le site de la MDPH »

- Les participants sont nombreux à affirmer *qu'ils n'ont pas le souvenir de débriefing avec les maîtres de stages concernant des situations de handicap*. Ils pensent que la spécificité de la prise en charge du handicap n'a pas été abordée pendant l'internat.

P6 : « Pas vraiment de débriefing »

P11 : « le mot handicap même à un débriefing de stage ce n'est pas quelque chose qu'on évoque avec les maîtres de stage »

- Un des participants a évoqué *la difficulté de l'accès aux réseaux de soins* locaux en raison de leur mobilité pendant les stages ce qui ne favorise pas leur implication dans ce type de prise en charge

P4 : « nous comme on change de lieux tout le temps un coup on est dans le haut Rhin un coup on est dans le bas Rhin même si on commence à connaître un peu les réseaux d'asso dans le coin au stage suivant on est à l'autre bout du département ou de la région ça change tout le temps »

b) Les limites de la formation concernant la rédaction du certificat médical de la MDPH

- Les internes ne voient le patient que quelques fois pendant son stage. Ils *n'effectuent donc pas de réels suivis*. Cette situation ne leur permet pas d'avoir un retour sur la qualité de leur travail.

P3 : « j'ai quand même rempli son certificat mais je n'ai pas eu la suite mais ce qui est souvent malheureusement le cas des saspas on ne sait souvent pas ce qui advient vraiment des patients »

- Certains ont avoué **éviter les demandes en lien avec le dossier MDPH** en les renvoyant à leurs médecins car ils estiment qu'ils ne connaissent pas assez le patient

P8 : « Après en stages saps j'étais plutôt évitant, je demande au patient de le donner au médecin qui le connaît mieux »

P4 : « Je les invite à reprendre rendez-vous les gens de toute façon ils comprennent bien quand on est interne »

- Pour d'autres, les **maitres de stages ont tendance à épargner aux internes la rédaction du certificat médical.**

P2 : « Généralement ils disent oui laisse le je vais le faire plus tard »

P4 : « Les maitres de stages ce n'est pas ce qu'ils nous montrent en priorité. Il n'aura pas nécessairement toujours le temps de relire le dossier et du coup ça tu me le laisses je le finirais plus tard ; ce n'est pas ce qu'ils trouvent de plus intéressant je pense de leurs points de vue »

P14 : « Laisse-le de côté je vais le faire, tu ne connais pas le patient »

- Pour certains, ceci est dû au fait que la rédaction du certificat médical de la MDPH soit **vécue par les maitres de stage comme une corvée** pour laquelle ils n'ont pas forcément envie d'accorder de l'intérêt lors des stages.

P3 : « de manière générale les médecins généralistes chez qui j'étais les dossiers MDPH ils trouvaient ça long rébarbatif à faire »

P4 : « Même pour les médecins je pense que c'est le fardeau de la paperasse »

P7 : « chez les Prat ils le lisaient de travers et mettaient des petites croix et puis voilà »

Ils sont également nombreux à être convaincus que **les maitres de stages ne sont pas plus à l'aise avec le dossier MDPH** et donc sont moins disposés à les former.

P1 : « Je n'ai pas l'impression qu'ils savaient faire plus que moi pour les deux Prat où j'ai dû en remplir »

P4 : « je ne suis même pas sûr que le médecin généraliste de base sache faire ça »

P7 : « je me rends compte qu'eux aussi n'ont pas appris à le faire donc ils n'ont pas vraiment plus de connaissance en tout cas je n'ai pas l'impression qu'ils en savent plus »

P8 : « parce que je n'ai pas l'impression qu'eux y connaissent davantage non plus, ils font ça aussi avec le bon sens sans plus et qu'ils ont appris sur le tas »

c) Les limites de la formation théorique sur le handicap :

- La quasi-totalité des médecins interrogés trouve que **le contenu du module handicap** enseigné lors du second cycle des études médicales **est intéressant**. Ils regrettent cependant qu'il soit le seul support de formation sur le sujet et qu'**il intervienne de façon trop prématurée dans le cursus**.

P4 : « Je suis passé de la théorie qui est toujours nébuleuses... Je crois que j'ai tout oublié »

P5 : « Le module ça remonte à très longtemps c'est forcément utile y a plein de choses que j'ai oublié mais euh c'était vraiment utile dans le sens où ça permettait de mettre des notions de base »

P7 : « Pas plus que ça ce module est tellement loin »

- Plusieurs des participants reconnaissent que leurs temps de formation est plus accaparé par ***les questions médicales qui leurs semblent plus importantes que les questions socio-administratives.***

P3 : « Oué c'est clairement le truc qu'on a tendance à zapper dans nos étude ».

P4 : « Après pendant la formation c'est ce qui est délaissé car ce n'est pas ce qu'il y a de passionnant ».

P7 : « par rapport aux autres modules il faut dire qu'il est moins intéressant pour nous »

P8 : « quand on est interne on est plus préoccupé sur comment intégrer le médical correctement donc je ne peux pas me focaliser sur ce qu'il y a autour je n'arrivais justement pas à gérer le médical de façon optimale »

- Tous regrettent ***l'absence de formation spécifique traitant du handicap pendant l'internat.***
Pour eux cette étape est mieux adaptée pour traiter les questions pratiques relevant de l'exercice de la médecine générale.

P3 : « je n'ai pas eu l'impression d'avoir une formation tout court pendant l'internat [...] A l'internat, Enfin franchement je n'ai pas appris ça. Clairement ils ne nous montraient pas bon moi personnellement on ne m'a jamais vraiment montré comment les remplir »

P4 : « c'est vrai que là mon internat ne m'a pas appris à répondre à ce type de demande je me retrouve autant que médecin à devoir répondre à ce type de demande je ne suis pas plus avancé »

P6 : « C'est un peu dommage, en s'apais on est encore là pour apprendre donc c'est un peu le but parce qu'on va chez le Prat pas autant pour la médecine mais pour apprendre tout ce qui est autour et je trouve qu'ils devraient mettre plus l'accent c'est des choses comme ça »

3. Les difficultés rencontrées par les internes lors de la prise en charge du patient handicapé en consultation de médecine générale

a) Difficultés liées au handicap en consultation ambulatoire :

- Pour certains **le handicap pose un problème de diagnostic**. En effet il existe des situations pour lesquelles le handicap peut être sous diagnostiqué et donc pas pris en charge.

P5 : « C'est difficile de réussir à les identifier car pour ce qui est du handicap mental ou moteur on s'en rend compte très vite mais il y a d'autres handicap qu'on a souvent du mal à cerner et difficile à identifier avant plusieurs consultations »

P9 : « Il y a certains handicaps où c'est clair ou on peut savoir un peu ce qu'on va mettre mais y a des gens qui sont intermédiaires entre les deux qui peuvent avoir un handicap qui ne se voit »

P11 : « Je pense qu'on n'en parle pas assez ou je pense que l'on ne l'identifie pas assez c'est possible ça dépend vraiment de notre représentation du handicap »

- L'accueil du patient en situation de handicap est vécu comme synonyme de plusieurs difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes médecins généralistes lors de leurs stages en autonomie ou comme jeunes remplaçants :

- La difficulté commence par le manque d'aménagement de certains cabinets **aux normes d'accessibilité pour les patients en situation de handicap**

P1 : « comme le cabinet n'était pas adapté à l'accès handicapé du coup moi je devais descendre soulever le monsieur avec son fils ou autre pour le mettre dans le cabinet »

P5 : « la problématique soit de les recevoir au cabinet soit d'aller à leur domicile »

P9 : « Le cabinet où j'étais n'était pas non plus très adapté. C'était une table qui n'était pas électrique du coup le transfert ce n'était pas possible car elle était trop haute à ce type de patient En tout cas la salle d'examen n'était pas adaptée pour les patients à mobilité réduite »

- La pratique de l'examen clinique chez un patient en situation de handicap peut s'avérer compliquée. **Les troubles relationnels et du langage** engendrés par certains handicaps entravent la communication médecin- patient

P5 : « Je dirais aussi quand c'est des handicaps de troubles mentaux style autisme ou les troubles du spectre quand c'est des enfants il y a une appréhension un peu parce qu'on ne peut pas savoir comment interagir »

P8 : « communication parfois altérée avec certains patients »

- **L'examen physique peut être vécu comme un vrai défi** surtout chez l'enfant handicapé.

P5 : « Si c'est un handicap physique la difficulté c'est essentiellement de les examiner ...c'était surtout ça pour ceux qui étaient handicapés physiquement les rassurer les mettre dans une position correcte pour être assez fin dans l'examen clinique c'était ça le problème »

P8 : « La gynéco c'était un gros problème du fait du handicap, pas évident de les installer sur une table [...] J'ai traité de façon empirique comme si c'était des hémorroïdes après le traitement il faut le mettre donc je ne sais pas si l'infirmière arriverait à le mettre

P9 : « le plus difficile était l'examen clinique qui était compliqué et ce n'est pas un patient que je pouvais mobiliser toute seule c'était vraiment laborieux de la mobiliser donc c'était un peu folklorique »

- Le handicap nécessite souvent **une prise en charge complexe et chronophage**. Celle-ci requière une grande implication du médecin. Il faut organiser les examens complémentaires, les avis spécialisés et s'assurer de la qualité de la prise en charge derrière.

P1 : « C'est très particulier comme prise en charge il faut tout ré agencer autour du handicap »

P8 : « Ce qui était plus compliqué c'était l'orientation médicale genre quel médecin va devoir voir la personne handicapée y a beaucoup de questions sur ce côté-là... »

- Le handicap est souvent synonyme de **précarité**

P2 : « Il y a eu après des dossiers que j'ai eu chez d'autres Prat où il y avait une population précaire où il y avait pas mal d'aides pour les enfants parce qu'il y a des problèmes d'apprentissage et d'attention beaucoup plus dans les populations très urbaines et défavorisées comme chez les Prat qui exerce en milieu urbain et pas du tout dans les stages en campagne ».

*P6 : « Lui il a plus de personnes précaires plus de travailleurs manuels avec un plus de séquelles donc plus de demande de dossier MDPH » Ils sont aussi de plus en plus nombreux à être confrontés aux patients en situation de handicap issus de populations migrantes avec le problème de la **barrière de la langue**.*

P5 : « c'était compliqué parce que pour d'une il ne parlait pas bien le Français donc les comprendre et pour que je me fasse comprendre c'était compliqué »

P9 : « j'ai remplacé dans des endroits où les patients ne parlaient pas bien français sauf quand on a des mots de l'école mais c'est sûr que ce n'est pas rempli de manière optimale »

- Les médecins interrogés pensent **manquer de compétences** pour répondre à ce type de prise en charge spécifique au handicap

P4 : « Je ne suis pas du tout calé là-dedans je ne suis pas du tout en capacité de les renseigner. Je les invite à reprendre rendez-vous. Bah en fait quelqu'un à mettre en maison de retraite je ne saurais même pas comment faire ».

P8 : « quand on voit un peu les histoires des patients on voit que c'était un peu souvent au décours d'un long parcours qu'ils avaient trop erré »

- Un des médecins interrogés regrette **le manque de connaissances sur les interlocuteurs des médecins sur les questions en lien avec le handicap**

P4 : « manque d'interlocuteurs pour les médecins. Est ce qu'il faut s'adresser à l'ARS ou à l'assistante sociale du coup moi je botte souvent en touche il faut voir avec l'assistante sociale »

b) *Difficultés lors de la rédaction du certificat MDPH*

- **Le manque d'expérience** chez les internes et jeunes médecins est source de difficulté pour remplir le Dossier médical de la MDPH

P1 : « Donc quand t'as un peu d'expérience oui c'est surement plus facile à répondre ; mais franchement les premiers c'est loin d'être simple »

- Les jeunes médecins en stage ou en remplacement **ne connaissent souvent pas l'histoire et le vécu du patient**, ils ont donc plus de difficultés lors de la rédaction du certificat médical de la MDPH

P2 : « Surtout remplir les dossier MDPH et que je me retrouve comme une poule devant un couteau en tant qu'interne à pas savoir l'histoire de la personne à pas bien savoir tout le suivi »

P3 : « je trouve ça tout le temps compliqué quand on est Saspas et on va remplir le dossier MDPH le jour J parce qu'on ne connaît pas forcément le patient »

P4 : « je connais à peine le patient de toute façon c'est toujours comme ça quand on est interne »

P5 : « on ne connaît pas le gens comme quand on est SASPAS ou remplaçant en suite, si on ne connaît pas bien les gens on ne sait pas comment est leurs milieux de vie à coté on ne peut pas se faire une idée globale tout de suite »

D'autant plus quand **le dossier médical du patient est mal tenu.**

P4 : « on se base sur le dossier du médecin chez qui on est en croisant les doigts pour qu'il soit bien tenu »

P5 : « pour un autre je me souviens bien que j'étais vraiment largué il n'y avait presque rien dans l'ordi »

P6 : « quand on ne connaît pas les patients et en plus il n'y a pas grand-chose dans le dossier ça devient difficile »

P7 : « si le dossier n'est pas à jour on est vite coincé »

- Plusieurs participants soulignent qu'**ils ne savent souvent pas ce qui est attendu de la demande faite auprès des services de la MDPH**

P2 : « si moi je ne sais pas à quoi ça va servir comment est-ce que je peux bien écrire et comment je peux bien aider la personne à atteindre son objectif par ce dossier »,

P4 : « j'avais posé toutes les questions qui étaient dans le dossier et j'avais complété bêtement le truc »

P5 : « je n'avais pas encore intégré le pourquoi que je le remplissais... du coup moi je ne savais pas trop comment le remplir d'un point de vue motivationnel »

P7 : « je fais que remplir le dossier MDPH mais je ne sais même pas à quoi ils ont droit par rapport à leurs handicaps moi je fais la demande après c'est à eux de décider »

P8 : « on fait des certificats on ne sait pas pourquoi après on remplit et puis voilà »

- Ils regrettent que **les patients ne soient souvent pas plus informés** sur leurs besoins et leurs droits.

P2 : « malheureusement c'est souvent des gens qui ou une famille qui amènent un dossier et qui nous disent on nous a dit de vous faire remplir ça et pourquoi ? On m'a dit de le remplir »

P5 : « Vraisemblablement ils ne savaient pas non plus on leur donnait le papier et il fallait qu'ils le remplissent c'était un peu ça »

P9 : « Je n'ai pas eu de demande claire. Les parents ne savaient pas en quoi ça ne consistait ni à quoi ils allaient ouvrir droit ni la prise en charge »

P12 : « Parfois ils disent que untel a dit de remplir ça. C'est aussi galère pour eux que pour moi »

- Certains expriment **des doutes sur la pertinence de leur façon de remplir** le certificat. Ils ignorent ce qui est concrètement pris en compte par la commission pour l'évaluation du dossier.

P2 : « [...] formuler de telle manière comme dans les autres certificats médicaux je ne sais pas s'il fallait formuler de telle ou telle manière. Si le fait d'utiliser des termes différents d'un certificat à un autre si ça allait avoir des conséquences sur les euh la considération du dossier »

P9 : « il faut quand même être assez précis mais je pense qu'on ne sait pas forcément comment formuler les choses »

P12 : « Qu'est-ce que je dois mettre pour que ça soit validé pour le patient [...] Je n'en sais rien j'essaye d'être rigoureuse et de répondre à chaque question le plus précis. Je ne sais pas ce qu'ils attendent.

- Ils trouvent qu'il y a des **questions stéréotypées et redondantes** pour lesquelles ils ne savent pas toujours ce qu'il faut y répondre.

P3 : « Il me semble qu'il y a des questions pas très adaptées ou répétitives. Oui par exemple rien que pathologie motivant la demande et histoire de la maladie motivant la demande je trouve ça très redondant »

P9 : « la deuxième question ça ressemble à la première »

- Certains handicaps relèvent d'un domaine surspécialisé et **dépassent les compétences du médecin généraliste**.

P2 : « Souvent tu auras le neurologue qui chapote tout c'est embêtant d'être dans cette situation... ce n'est pas à moi forcément de remplir ce dossier c'est au neurologue qui connaît bien l'état du patient »

P8 : « c'est souvent hyperspécialisé comme les neuro pédiatres je me demande si ce n'est pas plutôt eux qui remplissent. On ne maîtrise pas toutes les pathologies même qu'est ce qui va être pertinent dans les signes cliniques invalidants »

- Pour deux des médecins interrogés, cette difficulté se rencontre notamment quand il faut se prononcer sur « les perspectives d'évolution globale » du handicap.

P6 : « pour la partie évolutivité ce n'est pas toujours facile »

P9 : « L'évolution c'est parfois assez compliqué à savoir ce qui va se passer et à deviner l'avenir. Moi je mets souvent non défini comme ça je ne me prononce pas »

P11 : « Perspective d'évolution je mets souvent fluctuation car c'est souvent difficile à dire la stabilité je ne sais pas trop je ne suis pas devin et c'est quand même des choses difficiles à dire pour moi mettre stabilité c'est un peu compliqué »

- La partie « retentissement fonctionnel et relationnel » du certificat médical de la MDPH est jugée **trop subjective**. Plusieurs des médecins interrogés disent se référer essentiellement aux déclarations des patients qui ne sont pas toujours fiables.

P3 : « il reste le patient qui est en face de nous et c'est beaucoup de déclaratif »

P4 : « on doit aussi se baser sur ce que dit le patient même si on se rend compte que parfois que le patient il ne comprend pas toujours ce qui lui arrive et ce qu'il a eu »

P7 : « ce qui est un peu pénible c'est que en fait c'est des choses ou on pose la question aux patients donc objectivement ce n'est pas non plus ça »

P9 : « ce qui intéresse la mdph c'est l'autonomie. Ça reste compliqué à remplir. Les gens ont du mal à nous dire exactement parfois moi je mets les points entre les deux »

- Deux des participants pensent que **le formulaire du certificat médical n'est pas adapté à tous les handicaps** notamment pour les enfants.

P10 : c'est un dossier assez lourd et il n'est pas forcément adapté aux patients par exemple jeunes et autonomes »

P11 : « la partie retentissement fonctionnel pas hyper adapté aux enfants »

- Pour un participant le nombre de demandes injustifiées rend l'acte inutile et non formateur.

P11 : « comme dit j'ai dû avoir 3 demandes sur je ne sais pas combien qui était justifiées à mon gout médicalement parlant »

- Un participant regrette de **ne pas avoir eu déjà accès aux avis de la commission de la MDPH** sur les demandes qu'ils ont déjà effectuées

P7 : « on ne sait jamais sur quoi ça aboutit donc au final on n'apprend rien »

4. État des lieux des connaissances des internes dans le champ du handicap :

a) *Le handicap et son évaluation en consultation de médecine générale :*

- La définition théorique du handicap est bien connue des jeunes médecins interrogés. Elle est en adéquation avec la définition de la loi du 11 février 2005(5).

P3 : « c'est le fait d'avoir une déficience qui empêche de faire certaines choses, enfin voilà c'est hyper vaste comme question »

P4 : « de manière très large très rapide le fait d'avoir une incapacité qu'elle soit momentanée ou étendue dans le temps qu'elle soit congénitale ou d'apparition plus tardive qui empêche de faire toutes les choses qu'on devrait pouvoir faire de base pour être autonome ou ce genre de chose »

P5 : « les répercussions sociales d'une limitation fonctionnelle »

P 10 : « Tout ce qui est limitation avec des déficit après ça peut être lié à la maladie, plutôt limitation par la maladie »

- Pour ***l'évaluation du handicap*** un a déjà eu recours à ***des grilles*** ou des questionnaires pour évaluer les besoins du patient handicapé comme la grille AGGIR, MMS.

P4 : « Pour ce qui est moteur il y a l'échelle des GIR de la dépendance... il y a le MMS »

- La majorité d'entre eux se réfèrent **au bon sens**. Ils posent des **questions simples** directement au **patient ou à son entourage** (famille ou intervenants à domicile). **Les visites à domicile** sont pour certains des moments propices pour mieux déterminer les besoins des patients.

P3 : « C'est poser des questions sur comment ça se passe à la maison qu'est-ce qu'ils sont capables de faire est ce qu'ils ont besoin d'aide »

P4 : « Je pose souvent des questions toutes bête s'il y a besoin d'aide pour faire à manger ou s'habiller pour marcher. Quand je fais la visite il y a mes yeux je vois déjà dans quel état est la maison »

P5 : « Leur poser des questions sur comment ils vivent au jour le jour, qu'est ce qui leurs est difficile de faire »

P9 : « on regarde s'il y a des besoins en jetant un coup d'œil dans les pièces quand on arrive à les traverser en visite [...] à leurs entourages ou à ceux qui les accompagnent comme les IDE. »

- **Les comptes rendus d'autres professionnels ou de spécialistes** constituent une bonne source lors de l'évaluation du handicap.

P2 : « Parfois les orthophonistes en hospitalier évaluent la déglutition, je regarde les bilans orthophoniques chez les enfants de lire les courriers les autres professionnels de santé »

P7 : « on a aussi les comptes rendus »

b) *Les intervenants médico-sociaux et sociaux auprès du patient en situation de handicap :*

- La totalité des participants a évoqué ***l'assistante sociale*** comme intervenant clé dans la prise en charge sociale des patients en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

P10 : « L'assistante sociale. Je l'orienterais pour tout ce qui est aides et démarches administratives »

P13 : « Je pense que comme première interlocuteur c'est l'assistante sociale »

- Deux ont évoqué les réseaux ***MAIA et PRAG*** auprès de la personne âgée et en situation de perte d'autonomie. Ils ignorent par contre leur éventuel rôle auprès de jeunes patients handicapés.

P10 : « Après y a MAIA je ne sais pas si ça fait partie du handicap, PRAG des situation complexe ça peut inclure le handicap du fait de la situation du handicap »

P13 : « tout ce qui est PRAG MAIA je n'ai jamais expérimenté mais je sais que ça existe pour des situations complexes »

- Deux pensent pouvoir compter sur le ***médecin du travail*** sur certains aspects liés notamment aux conditions de travail.

P10 : « adaptation après il y a le médecin du travail on peut dialoguer avec lui pour l'adaptation du poste »

- Plusieurs des médecins interrogés ont eu une expérience auprès des enfants en situation de handicap. La **PMI**, le **CAMPS** ou **l'école** ont joué des rôles importants dans leurs prise en charge.

P8 : « J'ai fait avec le mot de la psychologue scolaire »

P10 : « Le dossier MDPH voilà du coup je l'avais adressé au CAMPS »

P11 : « Nous on avait plus de contacts et de facilités avec la PMI versus un cabinet de ville »

- L'**ABRAPA** (association Bas Rhinoise d'aide à la personne âgée) est la plus connue des associations intervenant au domicile des patients en perte d'autonomie.

P4 : « je sais qu'il y a des organismes qui existent genre l'ABRAPA ou des trucs comme ça pour nous aider »

P13 : « D'autres structures comme l'ABRAPA qu'on peut indiquer au patient »

- Deux des participants ont évoqué les médecins agréés pour les procédures de **tutelle et curatelle**, pour **la sauvegarde de justice** pour les personnes âgées avec déficience cognitive ou les patients atteints de troubles mentaux.

P4 : « j'avais été aussi chez un stage en gynéco c'est un médecin agréé pour mettre en place les tutelles et curatelle »

P8 : « veiller à la sécurité d'un handicapé mental, à quel moment demander un avis extérieur sur une éventuelle protection juridique »

c) *La MDPH et le dossier MDPH*

- La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- La majorité des participants ont de vagues connaissances sur cette structure :

P3 : « C'est un fonctionnement départemental mai euh mais fonctionnement au sein de la structure je ne sais pas »

P8 : « c'est la maison départementale de la personne handicapée »

P9 : « C'est la maison de personnes handicapée je ne suis même pas sure »

- Plusieurs participants savent qu'elle fonctionne par le biais **d'une commission pluridisciplinaire** sans que quelqu'un n'ait cité la **CDAPH** (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)

P5 : « une commission qui se réunit, qui en fonction des dossiers et des demandes attribue ou non les prestations et puis c'est réévaluer régulièrement tous les ans ou je ne sais plus tous les 3 ans »

P7 : « J'imagine que le dossier est évalué par des médecins avec des tableaux par rapport à des taux d'incapacité des limitations fonctionnelles je pense que c'est en fonction de catégories »

P9 : « j'imagine qu'on trouve des médecins, des gens qui travaillent dans le social des assistantes sociales surement des psychologues aussi mais je ne sais pas du tout »

- Les compétences de la MDPH
- Deux pensent que la MDPH à un *rôle d'expertise*.

P4 : « derrière je sais que c'est réévalué par la MDPH »

P7 : « Est-ce qu'il y a une autre expertise ça je ne sais pas quand on ne sait pas trop pour avoir quelque chose de plus précis »

P8 : « s'ils estiment que c'est douteux ils font des expertises et demande à ce que le patient vienne »

- La plupart savent qu'elle attribue **des compensations** pour les patients en situation de handicap :
Les compensations **financières** sont assez bien connues notamment l'**AAH** (l'allocation adulte handicapé). L'**AEEH** (l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé) étant un moins connue

P3 : « Il me semble qu'il y a des compensations financières »

P2 : « l'allocation pour enfant handicapé, les différentes allocations pour les parents d'enfants handicapés »

P6 : « il doit y avoir des aides comme l'AAH »

- Les médecins interrogés savent également qu'il existe **des aides humaines et matérielles** pour améliorer le quotidien des patients.

P8 : « Les aides humaines il peut y avoir l'aide-ménagère, qui peut faire les courses, faire à manger, les aides à la toilettes et habillage »

P10 : « Aide de vie sociale, aide à domicile en permanence pour les personnes très limités »

P5 : « puis y a tout ce qui est le matos genre le fauteuil roulant l'adaptation des lieux de vie il me semble qu'il y a des aides mais je ne saurais pas leurs expliquer mieux que ça »

- Ils savent que la MDPH peut intervenir pour **la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé** même si la **RQTH** n'a été citée que par deux médecins

P7 : « une reconnaissance RQTH pour leurs employeurs »

P3 : la reconnaissance travailleuse handicapé pour moi c'est pour ouvrir enfin pour avoir une reconnaissance autre que simple travailleur »

P6 : « Par rapport au travail je pense que les entreprises ont une obligation d'un pourcentage sinon il risque des pénalités derrière »

- La **carte de stationnement** est bien connue par contre aucun n'a évoqué la **carte mobilité inclusion (CMI)** qui se substitue aux 3 cartes : **de priorité, de stationnement et d'invalidé (24)**.

P6 : « fameuse carte pour stationner pour les personnes âgées »

P7 : « ou alors des cartes de stationnement »

P10 : « définir les aides comme une carte de stationnement, carte de priorité »

- Le rôle de la MDPH auprès des enfants est connu à travers **l'attribution de tiers temps scolaire** et l'accompagnement de l'élève dans la classe par **une AVS (auxiliaire de vie scolaire)**.

P11 : « chez l'enfant au-delà des aides pour les parents ou pour la scolarité.... Pour des enfants qui ont des troubles de l'attention pour lesquels ils ont besoin de temps supplémentaire »

P12 : « Sinon on m'a demandé é des certificats pour les AVS »

- Le certificat médical de la MDPH
- Tous les médecins interrogés savent que la première page du certificat médical permet le **renouvellement du dossier MDPH** quand la situation du patient n'a pas changé

P7 : « La première partie c'est le renouvellement »

P8 : « Oui la première page, si jamais c'est un renouvellement on remplit que la première si ça a changé il faut tout re remplir ».

- Pour la quasi-totalité des médecin interrogés le certificat a pour but principal de fournir à la MDPH **des informations sur le retentissement du handicap sur la vie du patient.**

P4 : « Je pense qu'ils attendent que le médecin évalue les besoins ses patients pour répondre de la manière la plus adaptée aux besoins du patient »

P3 : « C'est le degré d'incapacité du patient à faire certaines choses »

P8 : « ils prennent des choses un peu quotidiennes comme utiliser le téléphone, comment se déplacer, s'habille, faire à manger des choses concrètement dans la vie quotidienne »

5. Quelques pistes d'amélioration de la prise en charge du patient handicapé en soins primaires :

Nous avons recueilli dans cette enquête quelques suggestions pour améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap :

- La plupart ont insisté sur le rôle de coordination de soins que doit jouer le médecin traitant grâce à une **meilleure collaboration avec tous les intervenants** auprès des patients en situation de handicap.

P1 : « Eh ben d'un point de vue disciplinaire il ne faut pas être seul surtout pour un patient nouvellement handicapé »

P4 : « les médecins ils font leurs réseaux que ça soit pour adresser pour un spécialiste savoir connaître les infirmiers les auxiliaires de vie qui vont à domicile et les assistantes sociales font partie aussi du réseau ».

P5 : « si on veut soigner équitablement les personnes qui vont venir au cabinet je pense qu'on ne puisse pas faire tout tout seul ; justement trouver comment déléguer efficacement »

- La majorité des participants ont exprimé **leur volonté d'accéder à des formations complémentaires** pour **améliorer les pratiques**.

P3 : « Je pense une formation ça peut être bien... si on avait toutes les cartes en main on pourrait anticiper et proposer au patient »

P11 : « je pense qu'il y a une vraie lacune et c'est bien d'essayer d'améliorer les pratiques »

P12 : « ça serait une bonne idée de formation »

Dans le but de **prévenir les conséquences du handicap** préjudiciables pour la santé du patient.

P3 : « si on avait toutes les cartes en main on pourrait anticiper et proposer au patient »

P8 : « Vérifier que ça roule et identifier les signes ou ça ne va plus aller et anticiper s'adapter au type de handicap »

- Un des participant suggère une meilleure reconnaissance du travail du médecin en ***adaptant la rémunération*** à la complexité de la prise en charge que requièrent les patients en situation de handicap.

P13 : « il n'y a pas de temps rémunérateur spécifique voilà il y aura toujours une réflexion à faire mais c'est toujours le principe de la carotte »

- Pour certains la qualité de la prise en charge du handicap passe par ***l'éducation et la sensibilisation des patients et de leurs entourages au handicap ainsi qu'à leurs droits.***

P12 : « Quand les patients sont bien éduqués à ce niveau-là c'est quand même plus pratique ».

P13 : « pour ce qui serait de l'accompagnement du handicap par rapport à des aides et compensations je pense qu'il faut une implication du patient et de sa famille et l'implication d'autres intervenants »

- Pour certains il est important d'inscrire la rédaction du certificat MDPH dans le cadre d'une prise en charge globale du patient et non plus comme une contrainte administrative : ***Une consultation dédiée en présence du patient.***

P4 : « ce genre de dossier devrait être rempli lors d'une visite à domicile dédiée plutôt qu'en consultation normale de quinze minutes en cochant mais comme dit toutes ces questions dans le dossier elles doivent être déjà posées en amont depuis plus longtemps je pense »

P6 : « Ça va être une consultation assez longue... c'est aussi une occasion de mieux connaître le patient par rapport à son ressenti oui voilà.... Prendre un peu plus de plaisir à le remplir vraiment. »

P8 : « je ferais une consultation dédiée, pas que ça soit une corvée et que ça fasse une occasion de discuter avec le patient et de cerner un peu son handicap, et de réfléchir à comment l'aider, on pourrait essayer de le voir comme ça »

6. Pistes d'amélioration de la formation des futurs médecins généralistes

a) Les besoins exprimés en matière de formation

- Certains des participants pensent qu'un rappel sous forme de formation est nécessaire pendant l'internat. Il pourrait se faire soit à travers une **formation optionnelle** ou lors des **séances de tutorat sous forme de trace d'apprentissage**.

P6 : « Donc pour moi c'est plutôt formation optionnelle ou tutorat après il faut que ça soit fait au moins une fois ça c'est sûr »

P8 : « Je pense une séance tutorat thématique intéressante »

P10 : « Après pendant l'internat on a des séances de tutorat on pourra en parler sur ce qui pose problème ou des situations complexes »

- D'autres proposent **l'intervention des intervenants sociaux ou de médecins expérimentés dans le domaine du handicap** lors d'une formation ou lors d'une immersion dans une structure comme la MDPH comme c'est déjà le cas pour les stages à la CPAM.

P2 : « Sous forme d'une visite à la MDPH pour voir les différents intervenants, voir le cheminement des dossiers »

P3 : « c'est intéressant une formation quand on a plusieurs intervenants ... le théorique c'est bien aussi si c'est assez concis »

P5 : « je pense que ça serait pas mal je pense d'avoir la vision d'un travailleur social ».

- **Des stages ciblés sur le handicap** tels que les stages de MPR (médecine physique et de réadaptation) devraient, pour certains, être accessibles sous forme de stages libres.

P1 : « Je pense que puisque le DES de médecine générale passe à 4 ans...ça ne serait pas plus mal que d'ajouter de vrais stages et qu'on choisisse et que les gens qui ont envie de se lancer là-dedans qu'ils puissent faire un an entier dans des structures spécialisées »

P4 : « Je pense que c'est vraiment pendant les stages ... bien voir, comment faire et assister à des consultations dédiées comme dit les consultations qui m'ont fait vraiment évoluer c'est les consultations pour la mise sous tutelle ou curatelle parce qu'elle était médecin agréée »

P8 : « on peut imaginer intégrer ça sur quelques demi-journées sur quelques mois dans des stages ou on va intégrer ça. Par exemple on ne passe pas en MPR, justement ils évaluent le handicap, ils mettent en place des soins des programmes de rééducation »

- **La formation des maitres de stage au handicap** a été évoquée par certains pour qu'ils soient à la fois sensibilisés sur la question et qu'ils puissent disposer des connaissances nécessaires pour leur rôle de formateur.

P 3 : « peut-être que les maitres de stages aussi il faudrait qu'ils aient une petite formation, pour mettre l'accent sur ce genre de chose »

P4 : « après ce qui serait intéressant c'est de former les maitres de stages parce qu'eux dans leurs pratiques ça serait un apport probablement aussi »

b) *Les points à aborder dans les formations*

Les jeunes médecins interrogés ont exprimé le besoin d'avoir un complément de formation sur des aspects pratiques de la prise en charge du handicap.

- ***Leur priorité est d'accéder à des sources de réseaux de soins locaux et des interlocuteurs*** qui peuvent intervenir en aide aux médecins et aux patients. Certains suggèrent un outil voire une « *boite magique* » qui faciliterait l'orientation des patients vers des structures adaptées.

P1 : « Je voudrais avoir une petite boite magique sur mon bureau deux trois numéros deux trois adresses email les personnes et organisme chez qui les orienter »

P3 : « Connaitre l'interlocuteur, vers qui s'adresser avoir son réseau et comprendre comment ça marche »

P4 : « la question de savoir qui on doit appeler si on a des questions par rapport à tout ça, appeler la MDPH ou on appelle la sécu »

P7 : « Ça serait bien aussi de mettre les contacts qui est ce qu'on contacte on passe de standard à standard »

P10 : « Savoir à qui s'adresser à qui comment. Savoir ce qui existe et numéros appliqués à l'Alsace savoir ou adresser on a tendance à renvoyer les patients à l'assistante sociale »

- Faire le point sur les **modalités de rédaction du certificat médical** de la MDPH et **les enjeux qui en découlent**.

P6 : « Je m'en rappelle plus oui vraiment voir ce que ça apporte au patient, notre place autant que médecin, je ne sais même pas le renouvellement tous les combien. Vraiment pour statuer quand il faut faire ce dossier qu'est ce qui en découle »

P7 : « déjà il faudrait qu'on nous dise ce qu'on attend de nous. Nous dire qu'est-ce qu'ils attendent de ce dossier et qu'est-ce qu'ils veulent qu'on mette. Comment on hiérarchise ça comment orienter notre dossier en fonction de la demande du patient »

P12 : « comment le remplir, ou ça va qu'est ce qui va permettre que le patient ait ce qu'on demande, quel sont les pièges à éviter »

- Connaître les **différentes prestations** destinées aux personnes handicapées.

P3 : « On ne sait pas exactement à quelles choses ils ont droit et auxquelles ils n'auraient pas droit »

P5 : « Un genre de plaquette qui récapitule l'offre et différentes prestations »

P7 : « connaître les aides qui peuvent améliorer le quotidien des gens ça par contre c'est plus intéressant et comme ça on aura plus envie de nous appliquer pour qu'il ait ce dont il a besoin vraiment plutôt que de bâcler »

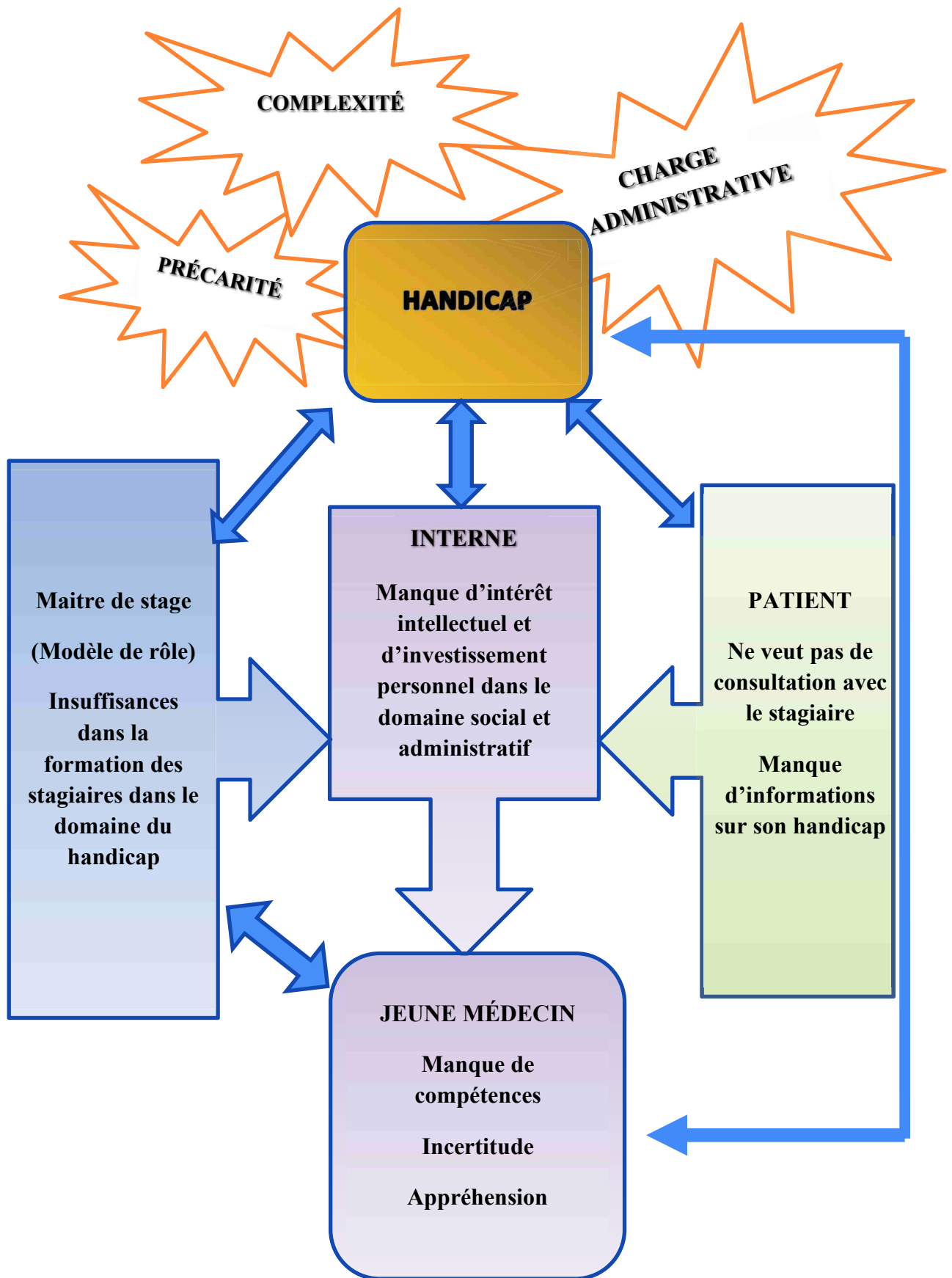


Figure 1 récapitulatif des résultats

IV Discussion :

A. Critiques de la méthodologie :

1. Constitution de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 14 médecins généralistes non thésés ayant terminé leurs cursus depuis moins d'un an. Il n'est pas représentatif des jeunes médecins généralistes mais dans la recherche qualitative il ne s'agit pas de représentativité mais d'avoir un échantillon le plus diversifié possible. Nous avons eu 4 hommes contre 10 femmes. Ils ont fréquenté des terrains de stages variés (médecine générale ambulatoire, PMI, pédiatrie et gynécologie ambulatoire, HAD, boussole, maison d'arrêt, centre d'accueil pour personnes handicapées, gériatrie, ...).

La difficulté rencontrée lors des entretiens était le manque d'expériences de certains des participants qui avaient des difficultés à s'exprimer au début de l'entretien sur le sujet. Cette situation était attendue et pour l'atténuer nous avons choisi le mode de recueil de données par entretiens semi dirigés afin de laisser le maximum de temps et de liberté de parole à chacun des participants.

Le recrutement s'est fait en partie en réseau et par le biais des participants. Il n'est pas impossible que des précisions sur le sujet aient été partagées ce qui pourrait induire un biais d'intervention.

2. Mode de recueil

Le recueil de données s'est fait sous forme d'entretiens semi dirigés soit en présentiel soit par visioconférence. L'entretien s'est fait suivant une grille dont les questions sont posées dans un ordre qui respecte le cours de l'entretien. Certaines questions n'ont pas pu être abordées en raison du manque d'expérience de certains participants. La durée des entretiens était assez longue (une moyenne de 40 minutes) ce qui a permis de débloquer certaines situations.

Malgré un entretien test et le recours à un avis extérieur sur la qualité de la grille d'entretien certaines questions ont dû être plusieurs fois reformulées pour qu'elles soient comprises par les participants. Ces relances ont probablement pu influencer les réponses de certains participants et occasionner un biais d'intervention.

La majorité des entretiens se sont déroulés en visioconférence de façon satisfaisante hormis certaines pannes informatiques qui ont occasionnées des décalages entre questions et réponses et un allongement du temps d'entretien mais cela n'a en rien impacté la qualité des enregistrements.

Les retranscriptions des entretiens n'ont pas été transmises aux participants pour validation.

3. Méthode d'analyse des entretiens

Le codage des entretiens a été fait essentiellement par l'enquêtrice. Le recours à un tiers pour le codage des 3 premiers entretiens a permis de limiter le biais d'interprétation. La directrice de thèse a revu à son tour les éléments du codage pour une dernière validation.

B. Le vécu des consultations du handicap des jeunes médecins généralistes pendant leur formation

Le médecin généraliste est considéré comme le pivot central du système de soin (25). Il est le premier interlocuteur du patient. Il est confronté à des plaintes et demandes diverses et variées. La prise en charge du patient en situation de handicap en soins primaires illustre la complexité du champ d'action de cette spécialité. La médecine générale s'étale sur plusieurs dimensions : médicale, psychologique, culturelle et socioprofessionnelle. Dans notre enquête nous avons recueilli le vécu et les expériences des consultations de prise en charge du patient en situation de handicap chez les jeunes médecins généralistes :

1. Le handicap est synonyme de complexité

La majorité des jeunes médecins interrogés sont conscients du rôle central qu'ils ont à jouer auprès des patients en situation de handicap. Pour eux le médecin de premier recours doit intégrer l'aspect médicosocial dans le cadre d'une prise en charge globale centrée sur le patient (26). Cependant, pour eux, le handicap est synonyme de *complexité*. Celle-ci est vécue à chaque étape de sa prise en charge en consultation.

▪ L'accueil du patient en situation de handicap : des normes d'accessibilité insuffisantes

Selon le rapport Pascal Jacob du 6 juin 2013 (27), nombreux sont les cabinets médicaux de ville non conformes aux normes handicapés. Celui-ci est un des facteurs du faible accès aux soins pour ces patients. Pourtant la loi du 11 février 2005 (5) rendait obligatoire l'accessibilité des cabinets médicaux aux patients en situation de handicap sauf dérogation particulière accordée. On est malheureusement toujours loin de cet objectif surtout dans les zones urbaines. Le coût de ces transformations pourrait pousser les jeunes médecins à s'installer plutôt dans des zones périphériques avec des locaux adaptés et auront ainsi déserté le réseau de proximité de ville (28). Certains jeunes médecins interrogés trouvent que les visites à

domicile peuvent être une alternative intéressante pour palier à cette difficulté. Néanmoins pour que celles-ci puissent être une réelle alternative, une meilleure reconnaissance des contraintes qu'elles engendrent en matière de rémunération, d'organisation et de moyens humains et techniques semble utile et nécessaire (29).

- Manque de coordination des soins entre les différents intervenants :

La prise en charge spécifique du patient en situation de handicap nécessite une étroite collaboration entre les différents intervenants de l'hôpital, de la ville et des structures médicosociales. Les médecins interrogés soulèvent le problème de manque de connaissances et donc d'accès aux différents interlocuteurs pour des situations souvent complexes pour lesquelles ils se sentent isolés et démunis. Ce constat a été objectivé par Lucie Doerflinger dans sa thèse sur la collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux (30) : la collaboration n'est présente que de façon rare et ponctuelle. Pourtant les deux parties sont conscientes du rôle de cette alliance dans l'amélioration à l'accès à des soins de qualité. Dans le même sens, un des médecins interrogés avait soulevé le parcours du combattant des patients handicapés : *P11 « c'est au décours d'un long parcours que ces patients atterrissent dans les structures adaptées »*. Un meilleur travail de synthèse du médecin traitant « coordonnateur des soins » permettra une bonne stratégie de prise en charge efficace et continue.

Des dispositifs de coordination d'aide aux médecins généralistes existent. Deux médecins interrogés ont évoqué l'existence des réseaux MAIA, PRAG sans réellement avoir eu déjà recours à leurs aides ni connaître exactement leurs missions. En effet les médecins sont confrontés à une multitude de dispositifs qu'ils connaissent très peu et dont les fonctions sont souvent morcelées en fonction de l'âge ou du type de handicap (31). Un nouveau dispositif d'appui à la coordination viendra d'ici juillet 2022 (32,33). Celui-ci a pour vocation de réunir

tous les réseaux déjà existants mal connus des professionnels de santé tels que le réseau MAIA, les plateformes territoriales d'appui (PTA) et des coordinations territoriales d'appui (CTA). Sa principale mission est de devenir l'interlocuteur unique à tous les professionnels intervenant auprès des personnes quel que soit sa pathologie, son handicap ou son âge pour apporter une réponse plus efficace. Elle se veut être l'interlocuteur des personnes et leurs aidants en intégrant les centres d'information et de coordination CLIC.

2. Le handicap synonyme de précarité

Les médecins interrogés ont associé le nombre de consultations en lien avec le handicap au phénomène de précarité de plus en plus présent en milieu urbain. Pour eux les maîtres de stages qui exercent en milieux précaires, souvent urbains, ont davantage de patients handicapés. Ce phénomène est bien réel puisque l'enquête de la DRESS sur « comment vivent les personnes handicapées » révèle un taux de pauvreté de 19% chez les personnes déclarant de fortes restrictions d'activité versus 13% chez les personnes sans limitation (34). En effet, la prise en charge de ces patients handicapés requiert particulièrement des avis spécialisés, la réalisation d'examen complémentaires et des actes de prévention qui peuvent être difficiles d'accès en raison d'un manque de moyens financiers, de difficultés techniques et de moyens de locomotion. Cette complexité peut engendrer des surcoûts pour ces différents intervenants qui peuvent être source de limitations de l'accès aux soins. Les enquêtes Handifaction sur la satisfaction sur l'accès aux soins des personnes handicapées montre une amélioration des chiffres depuis la signature de la charte Romain Jacob en 2014 (35). Les résultats de cette enquête au quatrième trimestre de 2020 montrent un taux de refus de soins de 18%. Les refus sont de 33.8 % chez les spécialistes et de 24% chez les généralistes (36).

Ce constat va dans le même sens que le rapport de l'IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé) de 2015 sur l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France (37) qui a exploité les données de l'enquête

handicap- santé-Ménages de 2008 (38). Cette enquête a été effectuée sur 3 types de consultations spécialisées les plus courantes : les soins bucco-dentaires, l'ophtalmologie et la gynécologie ainsi que sur des actes de dépistage. Elle a montré que les conditions socioéconomiques défavorables et les problèmes d'accessibilité des lieux de soins sont des facteurs déterminants dans l'inégalité d'accès aux soins lié au handicap.

Dans notre enquête, les médecins interrogés posent également le problème des demandes de compensations « abusives » chez des patients précaires à la quête d'un complément de revenu ou de gestion de situation difficile au travail. Certains étaient confus quant à la place du handicap social dans ce système de compensation. Les avis des médecins interrogés sont divisés. Pour certains il s'agit d'un handicap réel mais souvent difficile à faire reconnaître. Ils ne savent souvent pas quoi faire puisque les patients remplissent quasiment toutes les cases d'une personne autonome et n'accéderont donc pas à une reconnaissance et à la compensation. Pour d'autres ce type de handicap n'en est pas un et leur problématique est de savoir comment convaincre ce type de patients parfois insistants de l'inutilité de telles démarches. La considération de l'accès à la compensation du handicap social a été soulevée dans l'article de Valentin Cruard et Vincent Piffeteau (39) de l'école publique de journalisme de Tours « Ces établissements spécialisés qui s'ouvrent au handicap social », qui a bénéficié du prix 2012 de l'information sociale. Cet article révèle le nombre de plus en plus important de personnes en situation de précarité, de difficultés sociales et professionnelles qui bénéficient de reconnaissance en qualité de travailleurs handicapés et qui sont dirigés vers ces structures spécialisées telles que les ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail). L'appréciation des médecins rédacteurs des certificats de la MDPH et les décisions des commissions qui se chargent des décisions sans forcément rencontrer les personnes ont largement été remises en cause.

3. Le handicap source de charge administrative chronophage non rémunérée

Le handicap comme nous l'avons vu plus haut est souvent mêlé à des difficultés sociales et économiques. Le médecin traitant, l'interlocuteur privilégié de tout patient est souvent le réceptacle de toutes sortes de demandes. Certaines de ces demandes sont vécues par les médecins interrogés comme une charge administrative supplémentaire non rémunérée même s'ils sont conscients de leur importance pour le patient.

Pour les médecins interrogés dans notre enquête, la rédaction du certificat médical de la MDPH est la principale demande en lien avec le handicap. Elle est perçue comme un acte chronophage qui vient alourdir la charge de travail du médecin malgré leur opinion favorable sur la qualité du formulaire (*P4 : « il est assez ergonomique on se laisse enfin je me laisse porter par le dossier MDPH »*). Le certificat médical de la MDPH actuel est homologué depuis avril 2019. Il est venu remplacer l'ancien formulaire sorti en 2009. Le but de cette modification était d'apporter plus de clarté puisque l'ancien soulevait des problèmes de difficultés et d'incompréhensions lors de sa rédaction. Le nouveau certificat est censé guider davantage le médecin en employant un système de cases à cocher et lui permettre de mieux décrire l'impact du handicap dans la vie du patient et non pas la ou les pathologies en cause (40). Notre enquête montre que la plupart des médecins interrogés, qui ont quasiment tous eu une expérience avec ce nouveau certificat sont bien à l'aise sur ce qui est attendu du contenu du certificat lors du traitement des demandes par la commission de la MDPH. Néanmoins cela ne les empêche pas d'éprouver des difficultés lors de sa rédaction en raison du manque de connaissances sur les motivations des demandes (*P4 : « j'avais posé toutes les questions qui étaient dans le dossier et j'avais complété bêtement le truc »*). Finalement cette version du certificat qui se veut très simplifiée ne fait-elle pas cantonner le médecin dans un rôle de simple prescripteur. Cette version peut être vécue davantage comme une tâche administrative comme le décrit P6 en le qualifiant de « *format de cases à cocher* ».

Pour donner un sens à cet acte et l'intégrer dans une démarche de soins, le médecin doit lui consacrer une consultation dédiée donc rémunérée et de préférence dans le lieu de vie du patient lors d'une visite à domicile. Elle est aussi l'occasion pour le médecin d'aller au plus près du patient et de son environnement pour développer une relation médecin-patient de confiance. L'arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n°9 apporté à la convention médicale dans le but de renforcer l'accès aux soins des personnes prioritaires et fragiles, prévoit une rémunération de la rédaction du premier certificat médical de la MDPH qui est désormais considérée comme une consultation très complexe. Ceci répondra favorablement aux attentes des médecins en terme de reconnaissance de cette charge de travail(41).

Contrairement au certificat médical de la MDPH, les démarches qu'ils jugent purement administratives comme l'initiation des demandes de trajectoires, placement dans des centres ou foyers d'hébergements ou tout autre demande de ce type, les jeunes médecins pensent orienter leurs patients vers l'assistante sociale qu'ils estiment plus compétente. En effet ceux ayant déjà travaillé avec les intervenants sociaux pendant les stages d'internat estiment qu'une telle collaboration est indispensable dans leurs futures pratiques.

C. Obstacles identifiés lors de la formation des futurs médecins généralistes dans le domaine du handicap :

1. Le manque d'expérience dans le champ du handicap : Le patient ne veut pas consulter « le stagiaire »

Le patient en situation de handicap pour qui le déplacement est compliqué et dont les besoins sont particuliers, préférerait s'adresser à son médecin traitant en qui il a confiance plutôt qu'au « médecin stagiaire ». C'est le constat de la majorité des médecins interrogés. Ils ont donc moins d'occasions pour se former dans ce domaine. La thèse de Brunel Julien et Taule Alexis réalisée en 2021 (42) vient conforter ce constat en révélant que l'interne est considéré en général comme inexpérimenté et les consultations jugées comme complexes ou personnelles sont des facteurs limitants le recours aux consultations menées par les internes. C'est malheureusement le point faible des stages SASPAS qui prévoient d'accorder le maximum d'autonomie aux stagiaires pour pratiquer mais qui se voient être boudés par certains patients qui les jugent incompetents. Les stages praticiens de niveau 1 pendant lesquels les stagiaires assistent aux consultations du maître de stage sont souvent décrits comme les seules occasions où ils ont accès à ce type d'apprentissage. Certains regrettent le faible nombre d'initiations de prises en charge auxquelles ils ont assisté. Le statut de stagiaire leur donne également moins accès au feedback des prises en charge effectuées. Un des participants regrette n'avoir jamais eu accès aux réponses de la commission des droits. En effet les notifications de décisions sont adressées par courrier aux patients. La réforme en cours des services de la MDPH prévoit la mise en place en 2021 d'un télé service en ligne connecté directement avec le logiciel de la MDPH(43). Il a pour but de faciliter le traitement des dossiers et de donner un accès direct aux usagers pour le suivi du dossier. Ceci contribuera largement à faciliter le travail du médecin qui aura plus facilement accès aux demandes antérieures ainsi qu'aux décisions rendues par la commission.

2. Le modèle de rôle mis en cause : Le maître de stage est un médecin formateur

D'après les médecins interrogés dans notre enquête les maîtres de stages exerçant la médecine générale ambulatoire ne sont pas plus à l'aise avec le domaine du handicap notamment sur la rédaction du certificat médical de la MDPH. Ils ont également le sentiment qu'ils le vivent comme une corvée administrative barbant et chronophage, raison pour laquelle ils leurs épargnent sa rédaction. Leur sentiment peut être conforté par les résultats d'enquêtes qui montrent que les médecins généralistes manquent de compétences dans le domaine du handicap (14,16,44). Or une partie de la formation médicale du deuxième cycle et la quasi-totalité du troisième cycle se basent sur une participation active des jeunes étudiants sur le terrain. L'observation des attitudes des maîtres de stages et superviseurs par les stagiaires sur le terrain contribue au processus d'apprentissage. Le modèle de rôle qui est défini comme « une personne qui démontre une norme d'excellence à imiter [...] facilitant l'apprentissage par l'observation » et la supervision sont reconnues comme deux modalités pédagogiques spécifiques qui permettent d'intégrer l'apprentissage des compétences cliniques par les apprenants (45,46). Nous pouvons supposer ainsi que l'attitude des maîtres de stage face aux questions relevant du handicap influencerait le vécu chez leurs stagiaires et façonnerait la manière dont ils l'appréhendent dans leurs pratiques futures (47,48). En effet un des médecins interrogés avait évoqué sa démarche dans la rédaction du certificat médical comme **mimétique** de ce qu'il avait l'habitude de voir faire par son maître de stage *PI3* : « *c'est vrai que je ne le fais pas par mimétisme de ce que j'ai vu pendant les consultations chez les maîtres de stages* ». Il serait donc utile que tous les maîtres de stages aient conscience de l'impact de ce type d'enseignement informel et passif durant les stages (49). Certains médecins interrogés suggèrent de renforcer la formation des maîtres de stages pour un meilleur transfert de compétences et qu'ils soient des modèles de rôle positifs pour les internes (50).

3. Le déni du handicap pendant les stages

Dans le même esprit que précédemment, le handicap n'est pas une notion abordée explicitement pendant les stages selon certains participants. Cela amène certains à considérer que les situations de handicap ne sont pas représentatives des consultations ambulatoires. Ce problème peut être expliqué en partie par le fait que les médecins généralistes perçoivent la maladie chronique d'un point de vue essentiellement médical (51). Il pourrait être interprété comme une insuffisance de la prise en considération des implications sur le plan personnel, social, économique et professionnel des maladies chroniques. Pourtant, le rôle du médecin généraliste se précise de plus en plus sur une vision biopsychosociale, concept introduit par Engel en 1977 (52) et par une approche centrée sur le patient (ACP) qui est au cœur des compétences du médecin généraliste (53), prenant en compte la maladie et son impact sur la vie du patient. Par conséquent, la prise en charge de la maladie ne peut être dissociée de l'incapacité et du handicap que celle-ci engendre (51). Une enquête sur les connaissances pratiques des médecins généralistes de leurs patients présentant un handicap reconnu ou pas (54), montre que plus de 50% des médecins interrogés ignorent les incapacités dans la vie quotidienne chez leurs patients et sont encore moins nombreux à connaître les aides et moyens auxquels ils ont recours. Ce constat explique également la raison pour laquelle les participants sont nombreux à affirmer que les démarches de prise en charge médico-sociales spécifiques du handicap telles que l'ouverture de droits ou les aides à la personne n'émanent quasiment pas du médecin. L'application du modèle biopsychosocial présente des difficultés notamment en matière de temps, de connaissance et de reconnaissance. C'est ce que montre une revue de littérature sur la prise en charge de la maladie chronique en soins primaire sur le modèle biopsychosocial (55). En effet les conditions d'exercice en médecine de premier recours liés au manque de temps, de rémunération et de compétence entravent l'application de ce modèle auprès des patients malades chroniques. Il est évident qu'une bonne prise en charge

du patient en situation de handicap passe par une reconnaissance du handicap par le médecin. Le dépistage et le diagnostic du handicap nécessitent certainement des compétences pour lesquelles les médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés (56,57). Ceci est d'autant plus vrai chez l'enfant pour qui le dépistage et l'orientation vers les structures adaptées sont déterminants dans l'évolution et le pronostic du handicap à long terme.

4. La formation des futurs médecins généralistes insuffisante dans le domaine du handicap

Le module handicap-incapacité-dépendance est le seul support théorique cité par les participants en lien avec le handicap. C'est un module enseigné lors du deuxième cycle des études médicales. Ses objectifs sont principalement l'acquisition de connaissances sur la législation du handicap, son diagnostic, son évaluation et l'organisation de la prise en charge nécessaire en coordonnant avec les autres intervenants, connaître le retentissement du handicap sur le plan professionnel et social (17). Néanmoins les participants regrettent que ce module soit dispensé trop tôt dans le cursus. A ce stade de leur formation, ils n'avaient pas de recul sur les enjeux pour le patient en situation de handicap. De plus la surcharge de travail des internes et l'exigence des études médicales les poussent à faire des choix pour se concentrer sur ce qui est pour eux essentiel pendant l'internat : *le médical*.

Une formation complémentaire pendant l'internat pour ancrer ces bases déjà abordées dans ce module aurait pu contribuer à une meilleure prise en compte du handicap dans la pratique des jeunes internes et donc des futurs médecins.

Les participants insistent sur leur manque de savoir-faire pour ce type de questions souvent complexes et qui requièrent des compétences polyvalentes. Ce manque de compétences ne leur permet pas d'apporter des solutions concrètes aux problématiques posées par le patient en consultation. Pourtant, une vision pédagogique basée sur un apprentissage par compétences a

été établie par le CNGE (collège national des généralistes enseignants), illustré dans la marguerite des compétences (figure 2) : un consensus national d'experts crée en 2009 a pu proposer six compétences qui englobent les missions du médecin généraliste (58) décrites dans les référentiels métiers, en collaboration avec le collège des médecins généraliste (53). Cette démarche par compétences est mise en pratique depuis la réforme de 2013 des études médicales (59) sous forme de traces d'apprentissages ou de RSCA (Récit de situation complexe et authentique) comme système d'auto évaluation réflexif sur les apprentissages.

Dans notre enquête les médecins interrogés se positionnent dans un rôle particulièrement passif dans la prise en charge du handicap sur le plan social. Nombreux sont conscients de leur manque d'entrepreneuriat en ne s'investissant pas suffisamment pendant les stages en raison de l'appréhension qu'elle engendre et le manque d'intérêt sur le plan « intellectuel » de ce type de questions. D'ailleurs les séances de tutorat et des traces d'apprentissage ont été suggérées comme des situations interactives qui s'y prêtent bien pour améliorer la formation des futurs médecins dans ce domaine.

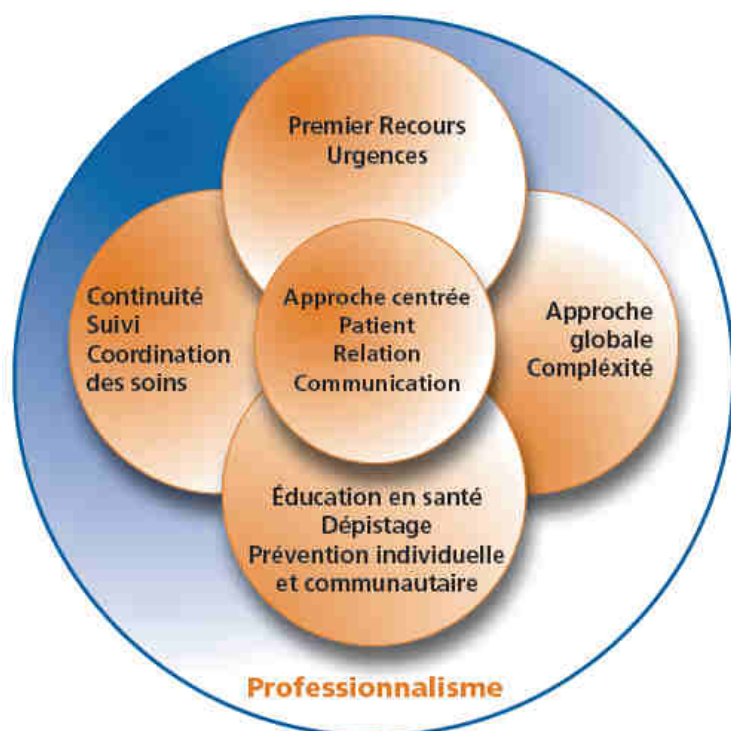


Figure 2 : La marguerite des compétences du médecin généraliste (CNGE)

D. Les connaissances et les besoins en matière de formation des médecins

Les jeunes médecins interrogés ont pour la plupart défini le handicap comme le stipule la loi du 11 février 2005(5). Le handicap est la conséquence d'un environnement inadapté dans lequel évolue une personne avec une déficience (4). Paradoxalement au début de l'entretien le mot handicap portait à confusion auprès des participants. En effet leur demander de se remémorer une consultation de prise en charge médicosociale du handicap leur signifiait souvent le patient en fauteuil roulant ou avec un trouble mental. Ceci peut faire penser que dans l'inconscient du médecin le handicap fait référence à une image stéréotypée d'une infirmité apparente souvent motrice ou mentale.

L'évaluation des besoins pour les démarches de compensations est faite souvent grâce au « bon sens ». Les scores sont vaguement connus et de ce fait peu utilisés par les jeunes généralistes. Leur utilisation pourrait s'avérer non nécessaire et chronophage. Le questionnaire du certificat médical de la MDPH suit également ce principe. Les questions sur l'autonomie sont des questions simples que tout médecin peut utiliser lors de son évaluation et correspondent à des questions de bon sens.

Les jeunes médecins interrogés jugent qu'ils manquent de connaissances sur les différentes aides et les interlocuteurs du domaine du handicap. Ce constat est cohérent avec les résultats d'une enquête descriptive réalisée auprès de médecins généralistes de Provence Alpes Côte d'Azur en 2002 (14), 90% des médecins déclarent avoir à jouer un rôle dans la prise en charge médico-sociale des personnes handicapées. 62.8% reconnaissent manquer d'informations, 50% trouvent des obstacles pour la coordination avec les divers intervenants.

Nous remarquons que dans l'ensemble les jeunes médecins connaissent bien plus d'éléments sur le handicap que ce qu'ils pensent mais cela reste variable d'un médecin à un autre. Leur problème semble être de savoir comment procéder pour transformer toutes ces connaissances

en compétences concrètes du terrain. Ils connaissent l'existence de nombreux moyens et solutions mais ne savent pas comment les chercher. Ainsi, faire intervenir un ergothérapeute, prescrire un programme de rééducation ou avoir des connaissances sur certaines aides techniques sont importants dans la prise en charge du handicap mais semblent poser des difficultés aux jeunes médecins.

Le champ de la médecine générale est particulièrement vaste dans la prise en charge du patient en situation de handicap. Un des jeunes médecins interrogés nous interpelle sur son sentiment de flou quant aux limites des compétences du médecin généraliste. P13 : « *La question que je me pose ou est-ce que doit s'arrêter la connaissance du médecin est ce qu'on doit connaître tout ça et faire tout ça parce que ça parait bien compliqué* ». Ce flou peut contribuer au sentiment d'incertitude chez les jeunes médecins qui se retrouvent face à des demandes pour lesquelles ils ne savent pas toujours répondre.

Pour acquérir les compétences nécessaires et diminuer le sentiment d'incertitude, la majorité des médecins interrogés souhaitent accéder à des formations « pratico-pratiques ». Ils ont besoin d'outils comme des plaquettes qui résument les différentes aides existantes, les coordonnées d'intervenants et des réseaux de soins locaux et régionaux. Un des participants a même évoqué son souhait d'avoir « *une boîte magique* ». La création d'annuaire spécifique a été notamment suggérée dans une enquête auprès des médecin généraliste du Languedoc Roussillon sur l'accès aux soins des patients handicapés (60). Il serait compliqué de faire l'inventaire de tous ces intervenants dans une base de données unique, surtout que ce type de prise en charge est basée sur un réseau de proximité qui peut être amené à évoluer rapidement dans le temps. Les stagiaires pourraient s'appuyer sur les réseaux de leurs propres maitres de stage pour s'impliquer davantage dans ces prises en charges coordonnées lors des stages.

Pour certains l'expérience et l'autoformation permettra d'améliorer sans doute leurs pratiques en général et dans le domaine du handicap en particulier. Ceci est certainement vrai mais ne sera sans doute pas suffisant puisque des enquêtes montrent que malgré l'expérience, les médecins installés sont confrontés au même types de problématiques s'agissant du handicap (14,60). L'amélioration des soins des personnes en situation de handicap est prévue par l'arrêté du 21 avril 2017 relatifs aux connaissances, aux compétences et aux maquettes des études de médecine (61). Il a intégré la problématique du handicap comme objectif de formation pour les étudiants en médecine dès la phase socle. Un stage immersif dans des structures d'accueil pour personnes handicapées se verra bientôt proposé dès le début de la formation médicale pour sensibiliser les étudiants en médecine au handicap et aux enjeux de sa prise en charge(62). Ceci devrait permettre aux étudiants ainsi qu'aux formateurs de mieux prendre en considération la notion du handicap sur tous ses aspects pour que les médecins puissent l'appréhender de façon plus sereine.

V. Conclusion

Les jeunes médecins généralistes interrogés dans notre enquête sur la prise en charge médicosociale du patient en situation de handicap pendant leurs stages nous interpellent sur le manque de considération accordé au domaine du handicap pendant leur formation. Certains se sont rendu compte pendant l'entretien que le handicap est un sujet très peu, voire quasiment pas abordé pendant les stages d'internat.

Le handicap est décrit par ces jeunes médecins comme source d'incertitude et d'appréhension en raison de la complexité de sa prise en charge mais également de l'insuffisance de leurs compétences dans ce domaine. Ils regrettent leur manque d'intérêt et d'investissement dans ces apprentissages pendant leur formation. Malgré cet aveu, ils demeurent conscients de leur rôle central dans la prise en charge du patient. L'autoformation à travers les séances de tutorat et les traces d'apprentissages sont perçues comme un bon moyen à exploiter pour compléter les carences de la formation pendant l'internat.

Ils souhaitent se professionnaliser davantage pendant leur formation en acquérant un savoir-faire plutôt que des connaissances brutes pour pouvoir répondre aux besoins concrets des patients sur tous les plans qui relèvent de leur profession. Pour cela un apprentissage basé sur les compétences sera plus efficace en intégrant les acteurs du terrain issus du social et médicosocial dans la formation médicale.

L'attitude des maîtres de stage contribue également de façon positive ou négative pour façonner l'expérience et influencer le comportement actuel et futur de leurs apprenants, en étant un modèle de rôle. Leur implication dans la formation des étudiants en matière de handicap semble donc essentielle afin de les sensibiliser et les guider dans la prise en charge médico-sociale des patients.

Notre enquête montre également que les jeunes médecins regrettent les limites d'accès

aux soins des personnes en situation de handicap dans les cabinets médicaux, le manque d'information et d'implication des patients dans leurs propres prise en charge.

Ils envisagent leurs pratiques futures de Médecins traitants en collaboration avec les partenaires médico-sociaux et les spécialistes de proximité pour des échanges constructifs et formatifs autour de la question complexe du handicap.

vu

Strasbourg, le 11 août 2021

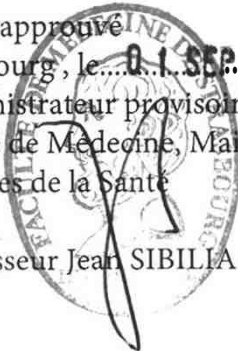


Le Président du Jury de Thèse

Professeur Fabrice BERN

VU et approuvé
Strasbourg, le... 01 SEP... 2021
Administrateur provisoire de la
faculté de Médecine, Maieutique et
Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA



VI Annexes

Annexe 1

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)



cerfa
15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin



Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ?	Oui	Non
Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?	Oui	Non
La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?	Oui	Non

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur Date :
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme Signature :
depuis mon précédent certificat.

A l'attention du patient



Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation N° de dossier
sécurité sociale : auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document



Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande

Questions
obligatoires

Une pièce
jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

Congénitale Maladie Accident vie privée
Accident du travail Maladie professionnelle

Date d'apparition :

A la naissance Depuis moins de un an
Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids : kg Taille : cm

Latéralité dominante
avant handicap :

Droite

Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

Permanents

Réguliers
> 15 j par mois

ponctuel
< 15 j par mois

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

Stabilité	Incapacité fluctuante	Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)
Aggravation	Evolutivité majeure	Non définie



Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles

En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°15695*01)

Observations :

En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.**Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :**

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :Hospitalisations itératives
ou programmées
Suivi médical spécialiséSoins ou traitements nocturnes
(si oui, préciser)
Autres**Fréquence**

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière		Fréquence		Suivis pluridisciplinaires :		Modalité de suivi	
Ergothérapeute				CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)			
Infirmière				CMP (Centre Médico Psychologique)			
Kinésithérapeute				CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)			
Orthophoniste				Hôpital de jour			
Orthoptiste				Autre			
Psychologue							
Psychomotricien							
Autre							
Projet thérapeutique :							
Type d'appareillage :							
Corrections auditives :		Unilatérale	Bilatérale	Appareillage	Implant		
Aide à mobilité		Déambulateur	Canne	Orthèse, prothèse (préciser)	Fauteuil roulant manuel		
		Fauteuil roulant électrique					
		Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :					
Appareillage visuel :		Télé-agrandisseur	Terminal-braille	Logiciel de basse vision			
		Loupe	Logiciel de synthèse vocale				
Alimentation / Elimination :		Gastro ou jéjunostomie d'alimentation			Stomie digestive d'élimination		
		Sonde urinaire	Stomie urinaire				
Aides respiratoires :		Trachéotomie	O2	Appareil de ventilation (préciser)			
Aide à la parole		Prothèse phonatoire					
Autre appareillage :							
Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :							

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche Mètres

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation		
Cannes	En intérieur	En extérieur			
Déambulateur	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant manuel	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant électrique	En intérieur	En extérieur			
Ralentissement moteur :	Oui	Non	Besoin de pauses :	Oui	Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :			Oui	Non	

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice

A B C D NSP

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

Marcher :				
Se déplacer à l'intérieur :				
Se déplacer à l'extérieur :				
Préhension main dominante :				
Préhension main non dominante :				
Motricité fine :				

Précisions :

Communication

A B C D NSP

Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :				
Utiliser le téléphone :				
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...)				
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	Oui	Non		

Précisions :



Bilan orthophonique à joindre en cas de troubles du langage oral et écrit avec un retentissement significatif.

Cognition / Capacité cognitive

A B C D NSP

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

La personne sait-elle :

Oui

Non

NSP

Lire

Ecrire

Calculer

NSP

Entretien personnel

A B C D NSP

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

Vie quotidienne et vie domestique

A
B
C
D
NSP

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

Prendre son traitement médical :					
Gérer son suivi des soins :					
Faire les courses :					
Préparer un repas :					
Assurer les tâches ménagères :					
Faire des démarches administratives :					
Gérer son budget :					
Autre (préciser) :					

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale :	Vie familiale	Isolement	Rupture	Autre (préciser)
Présence d'un aidant familial :	Oui	Non		
Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?				
Quel type d'intervention ?				



Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :**Retentissement sur l'emploi :**

	Avis du médecin du travail joint (si disponible)			
Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :	Oui	Non	NSP	
Si oui, préciser :				
Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :	Oui	Non	NSP	
Si oui, préciser :				

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature

Docteur :	Médecin traitant :	Oui	Non
Identifiant RPPS :	 Identifiant ADELI :		
Adresse postale :			
Téléphone :	Email :		
<hr/>			
Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :			
Fait à :			
Signature du médecin	Signature du patient (non obligatoire)		

Guide d'entretien	Relances
<p>1. <u>Vécu de la consultation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Peux-tu te rappeler d'une consultation où un patient t'a sollicité pour une prise en charge médico-sociale de son handicap ?</i> ➤ <i>Quel est ton ressenti en général vis-à-vis de ce type de consultations (ou de demandes) ?</i> 	<p><u>Relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Comment as-tu trouvé la demande formulée par le patient ?</i> - <i>Qu'est ce qui t'a posé problème dans cette situation ? et en général ?</i> - <i>Comment as-tu fait pour y répondre ?</i>
<p>2. <u>Connaissances</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Comment définis-tu le handicap ?</i> ➤ <i>Comment évalues-tu le handicap d'un patient ?</i> ➤ <i>Quelles structures d'aide peut solliciter une personne handicapée et dans quel but ?</i> ➤ <i>Que peux-tu dire du certificat médical de la MDPH ?</i> 	<p><u>Relance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Comment évalues-tu ses besoins de compensation ?</i> - <i>As-tu recours à une aide pour le faire ? Laquelle (ou lesquelles) ?</i> <p><u>Relance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Que connais-tu de la MDPH et comment fonctionne-t-elle ?</i> - <i>Quelles sont les prestations que peut attribuer cette structure ?</i> <p><u>Relance</u></p> <p><i>As-tu eu l'occasion d'en remplir ? combien ?</i> <i>Comment le trouves-tu ? que penses-tu de ce certificat ? Qu'attend-on selon toi du contenu de ce certificat médical ?</i></p>

<p>3. Formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Que penses-tu de la formation du 2eme cycle concernant le module handicap ?</i> ➤ <i>Comment les stages d'internat ont-ils impactés tes compétences dans ce domaine ?</i> ➤ <i>As-tu bénéficié d'autres sources d'informations traitant du handicap ? Lesquelles ?</i> ➤ <i>Comment peut-on selon toi renforcer la formation des internes dans le domaine du handicap ?</i> 	<p><u>Relance</u> <i>Quelle est ton appréciation globale de ta formation, positif, négatif, carences... ?</i></p> <p><u>Relance</u> <i>Quelle était l'attitude de ton maitre de stage concernant ce genre de consultations ? (Consignes, débriefing,) Que penses-tu de cette attitude ?</i></p> <p><u>Relance</u> <i>Qu'en penses-tu ?</i></p> <p><u>Relance :</u> <i>Que penses-tu d'une formation complémentaire et comment l'imagines-tu ? Quelles sont les points importants pour toi à aborder ?</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Veux-tu ajouter quelque chose ?</i> 	<p><i>As-tu des questions ou remarques ?</i></p>

Lettre d'information

Cher(e) Interne,

Bonjour, Je suis médecin généraliste à la faculté de Strasbourg et je réalise actuellement une thèse d'exercice de médecine sur le thème du handicap. Il s'agit d'une étude qualitative en entretiens semi dirigés sur comment sont vécues les consultations de prise en charge médico-sociale du handicap par l'interne pendant leurs stages. Ton expérience même minime sur le sujet m'intéresse. Ce travail a pour ambition de servir de base de réflexion à un moyen pour améliorer la formation et les pratiques des futurs médecins à l'accompagnement du patient handicapé et à la rédaction du certificat médical de la MDPH.

Les entretiens se dérouleront soit en présentiel dans le respect absolu des gestes barrières ou à distance par vidéo Skype. La durée de l'entretien est estimée à 40 minutes. Je solliciterai ton consentement écrit à l'enregistrement de l'entretien pour les besoins de l'enquête. Cette étude est strictement confidentielle et anonyme. Il n'y aura que l'enquêtrice qui aura accès aux enregistrements ainsi qu'aux données nominatives (consentements). Les enregistrements seront définitivement effacés dès la fin de la retranscription écrite et anonyme des entretiens.

En espérant obtenir ta précieuse participation,
Je te souhaite une agréable journée

Dhaouia RAHEM
Médecin généraliste en année de thèse
8 rue Marbach 67000 Strasbourg

Formulaire de recueil de consentement pour participation à un entretien et à son enregistrement vocal par dictaphone

Je, soussigné (e), consens à participer à un entretien et accepte l'enregistrement vocal par dictaphone de cet entretien dans le cadre d'une enquête qualitative pour un travail de thèse portant sur le vécu des consultations de prise en charge médico-sociale du patient handicapé par les internes en SASPAS de la faculté de médecine de Strasbourg.

J'ai préalablement été informé(e) par la personne en charge de l'enquête que :

- Les données nominatives me concernant ne seront pas diffusées à d'autres personnes que la personne assurant l'entretien.
- L'enregistrement vocal sera immédiatement détruit après la retranscription écrite et anonymisée de l'entretien et dans un délai maximal de 6 mois à partir de la date de l'enregistrement.
- Les données nominatives informatisées nécessaires à l'anonymisation seront stockées sur le serveur sécurisé de l'université.
- Les formulaires de consentement seront conservés dans un local fermant à clé.
- Conformément aux dispositions de la Commission Nationale de L'informatique et des Libertés, je dispose d'un droit de rétraction pendant l'entretien, de modification ou de suppression des données nominatives me concernant par simple demande écrite à la personne ayant assuré l'entretien.
- Le strict anonymat des retranscriptions écrites et de l'analyse des données rend impossible la rectification ou la suppression des informations les concernant.
- Je pourrais disposer des résultats sur simple demande.
- La personne ayant assuré l'entretien m'a fourni ses coordonnées pour faire valoir mes droits.

Le

Signature de l'enquêteur

A

Signature du participant

*Annexe 4 consentement à l'enregistrement vidéo***Formulaire de recueil de consentement pour participation à un entretien et à son enregistrement vidéo**

Je, soussigné (e), consens à participer à un entretien et accepte l'enregistrement vidéo par l'application Skype de cet entretien dans le cadre d'une enquête qualitative pour un travail de thèse portant sur le vécu d'une consultation de prise en charge médico-sociale du patient handicapé par les internes en SASPAS de la faculté de médecine de Strasbourg.

J'ai préalablement été informé(e) par la personne en charge de l'enquête que :

- Les données nominatives me concernant ne seront pas diffusées à d'autres personnes que la personne assurant l'entretien.
- L'enregistrement vidéo Skype sera immédiatement détruit après la retranscription écrite et anonymisée de l'entretien et dans un délai maximal de 6 mois.
- Les données nominatives informatisées nécessaires à l'anonymisation seront stockées sur un serveur sécurisé de l'université.
- Les formulaires de consentement seront conservés dans un local fermant à clé.
- Conformément aux dispositions de la Commission Nationale de L'informatique et des Libertés, je dispose d'un droit de rétraction de l'entretien, de modification ou de suppression des données nominatives me concernant par simple demande écrite à la personne ayant assuré l'entretien.
- Le strict anonymat des retranscriptions écrites et de l'analyse des données rend impossible la rectification ou la suppression des informations les concernant.
- Je pourrais disposer des résultats sur simple demande.
- La personne ayant assuré l'entretien m'a fourni ses coordonnées pour faire valoir mes droits.

Le

A

Signature de l'enquêteur

Signature du participant

Fiche de données anonymes du participant**Age :****Sexe :****Année fin du DES****Stages effectués pendant l'internat :**

-

Lieu de stage ambulatoire praticien niveau 1 : (Cochez la ou les cases)**Rural** **Semi rural** **Urbain** **Lieu de stage ambulatoire SASPAS : (Cochez la ou les cases)****Rural** **Semi rural** **Urbain** **Nombre de mois de remplacement :**

VI Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Banque internationale pour la reconstruction et le développement, éditeurs. Rapport mondial sur le handicap. Genève (Suisse), Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2012. xxiii+359.
2. OMS | Rapport mondial sur le handicap [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/
3. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Chapiro F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Gerontologie et societe. 2001;24 / n° 99(4):37-56.
5. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1).
6. Debauche E. Les systèmes d'information de la DREES sur le handicap et la dépendance. :26.
7. Handicap et autonomie : des enjeux d'inclusion... y compris dans les statistiques - Le blog de l'InseeLe blog de l'Insee [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://blog.insee.fr/handicap-et-autonomie-des-enjeux-dinclusion-y-compris-dans-les-statistiques/>
8. Article 64 - LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) - Légifrance [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002062946
9. Portail d'information des maisons départementales des personnes handicapées MDPH [Internet]. [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.mdpf.fr/>
10. Certificat médical CERFA n°15695*01 [Internet]. Place handicap. [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://place-handicap.fr/Certificat-medical-CERFA-no15695-01>
11. Médecins de famille du monde. Prendre soin des gens. | WONCA Europe [Internet]. [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/>
12. Article L1411-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/
13. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Enquête quantitative sur les modes d'évaluation et de traitement des demandes de compensation du handicap par les MDPH [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/handicap/article/enquete-quantitative-sur-les-modes-d-evaluation-et-de->

traitement-des-demandes

14. AULAGNIER (M.), AULAGNIER (M.), GOURHEUX (J.C.), PARAPONARIS (A.), GARNIER (J.P.), VILLANI (P.), et al. La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale : une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de Provence Alpes Côte d'Azur. La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale : une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de Provence Alpes Côte d'Azur. 2004;
15. Davion M. Le handicap: les connaissances des jeunes généralistes (internes de médecine générale rennais, remplaçants et jeunes installés bretons) et leurs besoins en matière de formation [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2012.
16. Desbonnets C. Ressenti des médecins généralistes concernant le certificat médical MDPH : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme. 27 mai 2019;73.
17. Beuret-Blanquart F. Handicap, incapacité, dépendance: Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, éditeur. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier, Masson; 2012. xiii+170.
18. Pope C, Mays N. Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *BMJ* (Clinical research ed). 1 août 1995;311:42-5.
19. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique*. 2014;Tome LIII(4):67-82.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
22. Frappé P, Frappé P, Druais P-L, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (Lyon). *Initiation à la recherche*. 2018.
23. Lebeau J-P, Cadwallader J-S, Aubin-Auger I, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. 2021.
24. Carte mobilité inclusion (CMI) [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34049>
25. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
26. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

27. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Rapport de Pascal Jacob sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-pascal-jacob-sur-l-acces-aux-soins-et-a-la-sante-des-personnes>
28. Accès des handicapés aux soins primaires : MG France propose des solutions - MG France [Internet]. [cité 3 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/267-la-convention/278-acces-des-handicapes-aux-soins-primaires-mg-france-propose-des-solutions>
29. Prise en charge des patients à domicile : Enquêtes [Internet]. URPS médecins libéraux Ile-de-France. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/etude/prise-charge-patients-a-domicile-deux-enquetes-soulignent-role-essentiel-medecin-liberal-pointent-ameliorations-necessaires/>
30. Deitsch S. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : exploration des déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des travailleurs sociaux de Meurthe-et-Moselle en 2015 [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2015 [cité 21 mai 2021]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734334>
31. Bloch M-A, Hénaut L, Sardas J-C, Gand S. La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. :242.
32. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les dispositifs d'appui à la coordination - DAC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>
33. Williamson R-P. Les CLIC : une réponse de proximité pour personnes âgées. Pour. 2012;N° 214(2):99-106.
34. Comment vivent les personnes handicapées - Les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/comment-vivent-les-personnes-handicapees-les-conditions-de>
35. Charte Romain Jacob - Handidactique [Internet]. [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>
36. Handifaction - Analyse des résultats du quatrième trimestre 2020 [Internet]. Handifaction. 2021 [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.handifaction.fr/2021/01/12/analyse-des-resultats-du-quatrieme-trimestre-2020/>
37. Pichetti S, Penneau A, Lengagne P, Sermet C. [Access to care and prevention for people with disabilities in France: Analysis based on data from the 2008 French health and disabilities households surveys (Handicap-Santé-Ménages)]. Rev Epidemiol Sante Publique. avr 2016;64(2):79-94.

38. Les enquêtes Handicap-Santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/02-les-enquetes-handicap-sante>
39. Ces établissements spécialisés qui s'ouvrent au handicap social | Miroir Social [Internet]. [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.miroirsocial.com/ces-etablissements-specialises-qui-s-ouvrent-au-handicap-social>
40. cnaf_admin8. MdpH : un nouveau certificat médical plus efficace [Internet]. Caf.fr. 2019 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.caf.fr/allocataires/vies-de-famille/vivre-avec-un-handicap/vos-droits/mdph-un-nouveau-certificat-medical-plus-efficace>
41. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
42. Brunel J, Taule A. Pourquoi les patients acceptent ou refusent de consulter l'interne dans le cadre du SASPAS : Étude qualitative réalisée dans les départements du Puy-de-Dôme et du Cantal en 2020. 4 mars 2021;60.
43. Le téléservice MDPH en ligne [Internet]. CNSA. 2020 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/programme-si-commun-mdph/le-teleservice-mdph-en-ligne>
44. Chomar Margot E. Le certificat médical de la MDPH en médecine générale: évaluation et suggestions d'amélioration des pratiques [Thèse d'exercice]. [Saint-Étienne, France]: Université Jean Monnet; 2011.
45. COLLEGE DES GENERALISTES ENSEIGNANTS DE CHAMPAGNE ARDENNE - Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique [Internet]. [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: https://reims.cnge.fr/article.php3?id_article=693
46. Lemire F. Les modèles de rôle en médecine familiale. *Can Fam Physician*. oct 2018;64(10):783.
47. Jochemsen-van der Leeuw HGAR, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The attributes of the clinical trainer as a role model: a systematic review. *Acad Med*. janv 2013;88(1):26-34.
48. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach*. sept 2013;35(9):e1422-1436.
49. Burgess A, Goulston K, Oates K. Role modelling of clinical tutors: a focus group study among medical students. *BMC Med Educ*. 14 févr 2015;15:17.
50. Côté L, Perry G, Cloutier P-H. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2013;14(4):241-53.
51. Memel D. Chronic disease or physical disability? The role of the general practitioner. *Br J Gen Pract*. févr 1996;46(403):109-13.

52. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res.* déc 2009;67(6):607-11.
53. Référentiels métiers et compétences: médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris, France: Berger-Levrault; 2010. 155 p.
54. Patrick DL, Peach H, Gregg I. Disablement and care: a comparison of patient views and general practitioner knowledge. *J R Coll Gen Pract.* juill 1982;32(240):429-34.
55. Kusananto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Family Med Prim Care.* juin 2018;7(3):497-500.
56. Marchandin A. Place du médecin généraliste dans le dépistage précoce des troubles du spectre autistique chez l'enfant: enquête auprès des médecins généralistes dans l'ex région Poitou-Charentes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2018 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e2cfd267-8751-4ab3-8501-7943270020f6>
57. Lavenir C, Darthayette B. Quel rôle peut jouer le médecin généraliste pour l'aidant principal d'un enfant en situation de handicap?: enquête qualitative auprès de 24 aidants familiaux dans le département de la Sarthe [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117128/2016MCEM6535/fichier/6535F.pdf>
58. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Vo l u m e . :8.*
59. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.
60. Bazouin F, Rouquette C, Université de Montpellier, Faculté de médecine. Accès aux soins des patients handicapés en médecine générale: Évaluation de propositions d'exercice issues des rapports Piveteau et Pascal Jacob par une étude quantitative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. 2017.
61. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
62. CREA Grand Est [Internet]. CREA CA. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.creai-grand-est.fr/>

VII DECLARATION SUR L'HONNEUR



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 : RAHEM KHELIFA Prénom : DIABOUA

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 11/03/2021

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

Dhaouia RAHEM

Le handicap dans la formation médicale : Comment les jeunes médecins généralistes alsaciens appréhendent-ils la prise en charge médico-sociale du handicap à l'issue de leur formation médicale ?

RÉSUMÉ :

Contexte : La proportion des patients en situation de handicap ne cesse d'augmenter en raison de l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation des maladies chroniques. Au-delà du domaine médical, les jeunes médecins généralistes sont amenés à considérer les dimensions sociale, économique et psychologique liées au handicap lors de leurs consultations.

L'objectif de notre enquête était donc d'évaluer la manière d'appréhender la prise en charge médico-sociale du handicap par les futurs médecins généralistes alsaciens à l'issue de leur formation médicale.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés auprès des jeunes médecins généralistes d'Alsace.

Résultats : Le handicap semble insuffisamment abordé pendant la formation de médecine générale. Différents freins sont à l'origine d'un manque d'implication des internes sur les aspects médico-sociaux de la prise en charge du handicap pendant les stages. Le handicap est synonyme de complexité en raison de difficultés liées à l'accueil du patient, à sa prise en charge clinique, administrative et des difficultés socio-économiques fréquemment associées. Il est également source d'appréhension et d'incertitude du fait d'un manque de compétences et de savoir-faire pour répondre aux besoins des patients.

Conclusion : La prise en charge médico-sociale du patient en situation de handicap nécessite une approche globale pour laquelle les jeunes médecins souhaitent être préparés. Ils ont exprimé leurs besoins d'acquérir des savoir-faire dans le domaine du handicap et souhaitent connaître les différents réseaux et les moyens existants pour exercer leur rôle de coordonnateur de soins. Pour cela un apprentissage basé sur les compétences sera probablement plus efficace en intégrant les acteurs du terrain issus du social et du médicosocial dans la formation médicale.

Discipline : médecine générale

Mots clés : Handicap-médecine générale- ressenti- compétences- Internat – formation

Président : Pr Fabrice BERNA

Directrice : Dre Carine ZUMSTEIN
