

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNEE : 2021

N° : 320

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention DES MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Marie-Eva WENDLING

Née le 21 Décembre 1994 à Schiltigheim

**Hospitalisation à domicile en zone semi-rurale, dans le territoire Basse
Alsace – Sud Moselle : connaissances et attentes des médecins généralistes,
avantages et inconvénients du recours à l' HAD.**

Président de thèse : Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Docteur Anne-Elisabeth PERRIN

**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
- **Premier Doyen de la Faculté** 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. LUDÉS 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 Séiamak 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 Hautepierre | 49.01 Neurologie |
| | Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • 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 Hautepierre | 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 Seiamak 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) |
| | BEAUJEUUX Rémy P0008 | NRP0 CS | • Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| | BECMEUR François P0009 | NRP0 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre | 54.02 Chirurgie infantile |
| | BERNA Fabrice P0192 | 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 Hautepierre | 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 Hautepierre | 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-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / 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-Ophthalmologie / 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 | NRP0 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre | 48.02 Réanimation |
| CHAKFE Nabil P0029 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme CHARLOUX Anne P0028 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option biologique) |
| Mme CHARPIOT Anne P0030 | NRP0 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 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre | 42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique) |
| CLAVERT Philippe P0044 | NRP0 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP | 42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique) |
| COLLANGE Olivier P0193 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP | 49.01 Neurologie |
| CRIBIER Bernard P0045 | NRP0 CS | • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 Dermato-Vénérologie |
| de BLAY de GAIX Frédéric P0048 | RP0 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 Pneumologie |
| de SEZE Jérôme P0057 | NRP0 CS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Haute-pierre | 49.01 Neurologie |
| DEBRY Christian P0049 | RP0 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 | RP0 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre | 54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique |
| Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre | 47.04 Génétique (type clinique) |
| EHLINGER Matthieu P0188 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 Pédiatrie |
| Mme FACCA Sybille P0179 | NRP0 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Haute-pierre | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme FAFI-KREMER Samira P0060 | NRP0 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 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| FORNECKER Luc-Matthieu P0208 | NRP0 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 P0062 | RP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| GARNON Julien P0221 | NRP0 NCS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| GAUCHER David P0063 | NRP0 NCS | • Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 Ophtalmologie |
| GENY Bernard P0064 | NRP0 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option biologique) |
| GEORG Yannick P0200 | NRP0 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 | NRP0 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre | 54.02 Chirurgie infantile |
| GOICHOT Bernard P0066 | NRP0 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 | NRP0 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 | NRP0 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre | 50.01 Rhumatologie |
| HANNEDOUCHE Thierry P0071 | NRP0 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil | 52.03 Néphrologie |
| HANSMANN Yves P0072 | RP0 NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC | 45.03 Option : Maladies infectieuses |
| Mme HELMS Julie M0114 / P0209 | NRP0 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 Médecine Intensive-Réanimation |
| HIRSCH Edouard P0075 | NRP0 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre | 49.01 Neurologie |
| IMPERIALE Alessio P0194 | NRP0 NCS | • Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189 | RP0 CS | • Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau | 49.05 Médecine Physique et Réadaptation |
| JAILHAC Benoît P0078 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique) |
| Mme JEANDIDIER Nathalie P0079 | NRP0 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC | 54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme JESEL-MOREL Laurence P0201 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 Cardiologie |
| KALTENBACH Georges P0081 | RP0 CS | • Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - 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 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 Pneumologie |
| KINDO Michel P0195 | NRP0 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 | NRP0 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC | 47.03 Immunologie (option clinique) |
| KREMER Stéphane M0038 / P0174 | NRP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| KUHN Pierre P0175 | NRP0 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP | 54.01 Pédiatrie |
| KURTZ Jean-Emmanuel P0089 | RP0 NCS | • Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS | 47.02 Option : Cancérologie (clinique) |
| Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202 | NRP0 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 | NRP0 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 | RP0 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital HautePierre | 54.01 Pédiatrie |
| Mme LEJAY Anne M0102 / P0217 | NRP0 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 | NRP0 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 | RP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 Dermato-vénéréologie |
| LIVERNEAUX Philippe P0094 | RP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie |
| MARK Manuel P0098 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC | 47.03 Immunologie (option clinique) |
| Mme MASCAUX Céline P0210 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 Pneumologie ; Addictologie |
| Mme MATHÉLIN Carole P0101 | NRP0 CS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS | 54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale |
| MAUVIEUX Laurent P0102 | NRP0 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 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| MERTES Paul-Michel P0104 | RP0 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 | NRP0 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 | NRP0 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 | NRP0 CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 Réanimation |
| MONASSIER Laurent P0107 | NRP0 CS | • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EAT295 / Fac | 48.03 Option : Pharmacologie fondamentale |
| MOREL Olivier P0108 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 Cardiologie |
| MOULIN Bruno P0109 | NRP0 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil | 52.03 Néphrologie |
| MUTTER Didier P0111 | RP0 NCS | • Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC | 52.02 Chirurgie digestive |
| NAMER Izzie Jacques P0112 | NRP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| NOEL Georges P0114 | NRP0 NCS | • Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique |
| NOLL Eric M0111 / P0218 | NRP0 NCS | • Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP | 48.01 Anesthésiologie-Réanimation |
| OHANA Mickael P0211 | NRP0 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 | RP0 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 Cardiologie |
| Mme OLLAND Anne P0204 | NRP0 NCS | • Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme PAILLARD Catherine P0180 | NRP0 CS | • Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de HautePierre | 54.01 Pédiatrie |
| PELACCIA Thierry P0205 | NRP0 NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations 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 | NRP0 NCS | • Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil | 52.02 Chirurgie digestive |
| PESSAUX Patrick P0118 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • ICANS - Département de médecine oncologique | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique |
| POTTECHER Julien P0181 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP | 44.04 Nutrition |
| PROUST François P0182 | NRP0 CS | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre | 49.02 Neurochirurgie |
| Pr RAUL Jean-Sébastien P0125 | NRP0 CS | • Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | 46.03 Médecine Légale et droit de la santé |
| REIMUND Jean-Marie P0126 | NRP0 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 Option : Gastro-entérologie |
| Pr RICCI Roméo P0127 | NRP0 NCS | • Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| ROHR Serge P0128 | NRP0 CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 Chirurgie générale |
| ROMAIN Benoît M0061 / P0224 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 Pédiatrie |
| ROUL Gérard P0129 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi | 51.02 Cardiologie |
| Mme ROY Catherine P0140 | NRP0 CS | • Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique) |
| SANANES Nicolas P0212 | NRP0 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP | 54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique |
| SAUER Arnaud P0183 | NRP0 NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 Ophtalmologie |
| SAULEAU Erik-André P0184 | NRP0 NCS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - 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 | RP0 CS | • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil | 52.04 Urologie |
| Mme SCHATZ Claude P0147 | NRP0 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 Ophtalmologie |
| Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225 | NRP0 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| SCHNEIDER Francis P0144 | NRP0 CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre | 48.02 Réanimation |
| Mme SCHRÖDER Carmen P0185 | NRP0 CS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC | 49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie |
| SCHULTZ Philippe P0145 | NRP0 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 Oto-rhino-laryngologie |
| SERFATY Lawrence P0197 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre | 50.01 Rhumatologie |
| STEPHAN Dominique P0150 | NRP0 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC | 51.04 Option : Médecine vasculaire |
| THAVEAU Fabien P0152 | NRP0 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 Option : Chirurgie vasculaire |
| Mme TRANCHANT Christine P0153 | NRP0 CS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre | 49.01 Neurologie |
| VEILLON Francis P0155 | NRP0 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 | NRP0 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 | NRP0 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC | 52.01 Option : Gastro-entérologie |
| VIDAILHET Pierre P0158 | NRP0 CS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 Psychiatrie d'adultes |
| VIVILLE Stéphane P0159 | NRP0 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté | 54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| VOGEL Thomas P0160 | NRP0 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 | NRP0 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 | NRPô 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 | NRPô 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

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (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 | NRPô 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 biologique) |
| 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 |
| DALI-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 / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 Pédiatrie |
| ZOLL Joffrey M0077 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC | 44.02 Physiologie (option clinique) |

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

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 Ass. GROB-BERTHOU Anne | M0109 | Médecine générale (01.09.2015) |
| Pr Ass. GUILLOU Philippe | M0089 | Médecine générale (01.11.2013) |
| Pr Ass. HILD Philippe | M0090 | Médecine générale (01.11.2013) |
| Pr Ass. ROUGERIE Fabien | M0097 | Médecine générale (01.09.2014) |

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

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

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

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.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À mon président de jury, Monsieur le Professeur Thomas VOGEL,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon plus profond respect.

À ma directrice de thèse, Madame la Docteure Anne-Elisabeth PERRIN,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Vous avez accepté de diriger ma thèse et vous m'avez accompagné du début à la fin de la rédaction de ce travail. Merci pour votre soutien et vos précieux conseils.

Aux autres membres du jury, Monsieur le Professeur Laurent CALVEL, Monsieur le Professeur Associé Jean-Luc GRIES,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre jugement à ce travail. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

À Madame la Docteure Marie DICK,

Merci d'avoir répondu à mes questions tout au long de ma rédaction et merci de m'avoir permis de mieux comprendre le fonctionnement de l'HAD.

Merci à tous les médecins généralistes qui ont pris quelques minutes dans leur agenda bien rempli pour participer à cette étude.

À mes parents, Claudia et Patrice, qui m'ont donné le goût et l'envie de me tourner moi aussi vers la médecine, merci pour votre soutien inconditionnel et votre amour.

À Monia, ma petite sœur qui entame ses études pour devenir kinésithérapeute. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

Merci à mes grands-parents de m'avoir toujours soutenu pendant mes longues années d'étude. Et merci au reste de ma famille.

À Florian, devenu mon mari cette année. Merci pour ton amour, ton aide et ton soutien au quotidien. Je t'aime infiniment.

À Claudia, ma meilleure amie, on se connaît depuis le collège et même s'il est plus difficile de se voir aujourd'hui, notre amitié reste intacte et est toujours présente.

À mes amies de fac Gwendoline, Elen, Lou et Mélanie avec qui j'ai passé tellement de moments ensemble à rire mais aussi à travailler d'arrache-pied. Merci pour vos conseils et votre soutien ainsi que pour toutes les soirées passées ensemble.

Merci à tout ceux que j'ai oublié de citer.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| ABREVIATIONS | 19 |
| 1. INTRODUCTION | 20 |
| 1.1. DEFINITION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE | 20 |
| 1.2. CHOIX DU SUJET | 21 |
| 2. ETAT DES LIEUX | 22 |
| 2.1. HISTORIQUE DE L'HAD | 22 |
| 2.2. MISSIONS | 25 |
| 2.3. INTERVENANTS INDISPENSABLES ET FONCTIONNEMENT DE L'HAD | 26 |
| 2.3.1. <i>Médecins</i> | 26 |
| 2.3.2. <i>Personnel paramédical</i> | 27 |
| 2.3.3. <i>Les prestataires</i> | 27 |
| 2.3.4. <i>Les différents soins dispensés</i> | 27 |
| 2.3.5. <i>Modalités de prise en charge du patient en HAD</i> | 28 |
| 2.3.6. <i>Tarifification de l'HAD</i> | 29 |
| 2.4. HAD DE SARREBOURG : SECTEUR D'ALSACE/MOSELLE | 30 |
| 2.4.1. <i>Présentation et activité</i> | 30 |
| 2.4.2. <i>Les grandes lignes de son organisation</i> | 30 |
| 2.4.3. <i>Zone d'intervention de l'HAD de SARREBOURG</i> | 31 |
| 2.4.4. <i>Extension de l'HAD</i> | 32 |
| 3. MATERIEL ET METHODE | 34 |
| 3.1. CHOIX DE LA METHODE | 34 |
| 3.2. POPULATION CIBLE | 35 |
| 3.3. GUIDE D'ENTRETIEN ET ENTRETIEN SEMIS-DIRIGE | 36 |
| 3.4. RETRANSCRIPTION ET TECHNIQUE DE CODAGE | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 4. RESULTATS | 38 |
| 4.1. ANALYSE DES DONNEES PAR CODAGE | 38 |
| 4.2. DONNEES GENERALES SUR LA POPULATION ETUDIEE | 38 |
| 4.3. ETAT DES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT L'HAD | 39 |
| 4.3.1. <i>Représentation de l'hospitalisation à domicile</i> | 40 |
| 4.3.2. <i>Admission et prescription d'une HAD</i> | 40 |
| 4.3.3. <i>Indications de prise en charge</i> | 41 |
| 4.3.4. <i>Moyens de communication</i> | 43 |
| 4.3.5. <i>Modalités de sortie des patients de l'HAD</i> | 43 |
| 4.4. ATTENTES ET INTERET A SOLLICITER L'HAD, POUR LES MEDECINS GENERALISTES AINSI QUE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES | 44 |
| 4.4.1. <i>La pluridisciplinarité de la prise en charge avec apport de compétences et de connaissances</i> | 44 |
| 4.4.2. <i>Apport et aide à la gestion des traitements</i> | 45 |
| 4.4.3. <i>La proximité avec l'hôpital</i> | 45 |
| 4.4.4. <i>Le maintien à domicile du patient</i> | 45 |
| 4.4.5. <i>Le côté rassurant pour le patient et sa famille</i> | 46 |
| 4.4.6. <i>Autres avantages pour le patient et ses proches</i> | 46 |
| 4.4.7. <i>Pour le médecin : aucun bénéfice</i> | 47 |
| 4.5. FREINS ET LIMITES EVOQUES CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT DE L'HAD | 47 |
| 4.5.1. <i>La lourdeur administrative</i> | 48 |
| 4.5.2. <i>La disponibilité requise pour le médecin généraliste</i> | 48 |
| 4.5.3. <i>La difficulté à se positionner en tant que médecin généraliste</i> | 49 |
| 4.5.4. <i>La confusion avec l'équipe mobile de soins palliatifs</i> | 49 |
| 4.5.5. <i>Le paiement des visites</i> | 50 |
| 4.5.6. <i>La disponibilité insuffisante de l'HAD</i> | 50 |
| 4.5.7. <i>La dépendance hospitalière</i> | 50 |
| 4.5.8. <i>Le manque de communication avec le généraliste ou le patient et sa famille</i> | 51 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.5.9. | <i>Les contraintes logistiques</i> | 52 |
| 4.5.10. | <i>La réticence des infirmières libérales</i> | 53 |
| 4.5.11. | <i>Aucune</i> | 53 |
| 4.6. | RESSENTI PERSONNEL SUR L'HAD..... | 54 |
| 4.6.1. | <i>Ressenti positif</i> | 54 |
| 4.6.2. | <i>Ressenti mitigé</i> | 54 |
| 4.6.3. | <i>Ressenti négatif</i> | 55 |
| 4.7. | AVIS CONCERNANT UN COMPLEMENT D'INFORMATIONS SUR L'HAD | 56 |
| 4.7.1. | <i>Avis favorable</i> | 56 |
| 4.7.2. | <i>Avis plutôt défavorable</i> | 57 |
| 4.8. | SUGGESTIONS ET AXES D'AMELIORATION | 57 |
| 5. | DISCUSSION | 59 |
| 5.1. | PERTINENCE DE CE SUJET | 59 |
| 5.2. | LES FORCES DE CETTE ETUDE | 60 |
| 5.3. | LES FAIBLESSES DE L'ETUDE..... | 60 |
| 5.4. | INTERPRETATION DES RESULTATS..... | 61 |
| 5.4.1. | <i>Connaissances générales de l'HAD</i> | 61 |
| 5.4.2. | <i>Les avantages à l'utilisation de l'HAD</i> | 63 |
| 5.4.3. | <i>Les freins à l'instauration d'une HAD</i> | 66 |
| 5.4.4. | <i>Avis concernant une éventuelle formation sur l'HAD</i> | 68 |
| 5.4.5. | <i>Les améliorations évoquées pour optimiser la prise en charge</i> | 69 |
| 6. | CONCLUSION | 71 |
| 7. | ANNEXES | 73 |
| 7.1. | ANNEXE 1 : INDICE DE KARNOFSKY | 73 |
| 7.2. | ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIENS SEMI DIRIGES | 74 |
| 8. | BIBLIOGRAPHIE | 77 |

TABLE DES ILLUSTRATIONS

| | |
|---|----|
| FIGURE 1 - ZONE D'INTERVENTION HAD SARREBOURG | 32 |
| FIGURE 2 - CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES | 39 |
| FIGURE 3 - AVANTAGES MEDECIN/PATIENTS | 44 |
| FIGURE 4 - FREINS ET LIMITES AU FONCTIONNEMENT DE L'HAD | 47 |

TABLE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| TABLEAU 1 - CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES | 38 |
|--|----|

ABREVIATIONS

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CREDES : Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

GHT : Groupe homogène de tarifs

HAD : Hospitalisation à domicile

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut National de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MPA : Mode de prise en charge associé

MPP : Mode de prise en charge principal

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

1. Introduction

1.1. Définition de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation à part entière qui permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Elle permet également d'assurer des soins médicaux et paramédicaux, coordonnés et continus, qu'il s'agisse d'une maladie grave, aiguë ou chronique, au domicile du patient ou dans un établissement social ou médico-social.

À la différence de certains soins dispensés habituellement à domicile, ceux-ci se démarquent par leur durée, leur complexité et leur fréquence. Ils sont instaurés pour une période limitée mais qui est révisable selon l'évolution de la santé du patient (1).

Elle est mise en place sur prescription médicale, par le médecin traitant ou par un médecin hospitalier, avec l'accord du patient et de son entourage.

Il est important de souligner que ces structures d'HAD peuvent être rattachées à un établissement de santé public ou peuvent être autonomes, en lien avec une fondation ou une association (2).

Chaque structure a son personnel salarié mais travaille aussi en collaboration avec des professionnels libéraux (médicaux et paramédicaux), ainsi qu'avec divers prestataires médicotecniques.

Concernant les garanties de l'HAD, il y a une obligation de continuité des soins 24h/24 et 7j/7, avec la possibilité de recourir à un avis médical et la possibilité d'intervenir au chevet du patient à tout moment si nécessaire.

Il s'agit en réalité d'une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, qui permet la réalisation de soins coordonnés entre l'hôpital et la ville, grâce à une équipe

pluridisciplinaire. Actuellement, autour de 300 structures d'HAD couvrent la totalité du territoire de l'hexagone et des territoires d'outre-mer.

1.2. Choix du sujet

Lors de mon internat de Médecine Générale, j'ai effectué un stage dans un service de Médecine Interne à l'hôpital de Saverne et c'est là que j'ai commencé à travailler avec l'HAD, essentiellement l'HAD de Sarrebourg. C'est pendant ce stage que je me suis rendue compte du peu de connaissances que j'avais à ce sujet et c'est ce qui m'a donné envie d'en savoir d'avantage sur ce dispositif.

Je me suis aussi rendue compte de l'importance de l'HAD, en relai d'une hospitalisation classique. J'ai également mesuré l'importance du médecin généraliste dans cette prise en charge, car c'est un acteur principal de la coordination des soins.

2. Etat des lieux

2.1. Historique de l'HAD

L'hospitalisation à domicile est née aux Etats-Unis au milieu du XXème siècle, plus précisément en 1947, lors d'une opération réalisée par le Dr Bluestone, directeur de l'hôpital Montefiore de New York. Suite à une surpopulation de patients hospitalisés, il a créé le « Home Care » qui signifie « Soins à domicile », pour pouvoir suivre à domicile certains de ses patients ne nécessitant plus une surveillance constante et continue.

Quelques années plus tard, le concept d'hospitalisation à domicile arrive en France, à partir des années 1950 à Paris, avec pour objectif principal de désencombrer les lits d'hôpitaux.

En 1957, la première structure d'HAD est créée par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), à l'hôpital Tenon à Paris. S'en suit, un an après, la création d'une deuxième structure d'HAD nommée Santé services à Puteaux, initialement destinée à des patients ayant une pathologie cancéreuse (3).

En France, malgré la signature d'une convention en 1961 entre la CPAM et ces deux premières HAD, la reconnaissance légale de l'HAD n'a lieu qu'en 1970, suite à la promulgation de la loi hospitalière (4). Mais la prescription ne peut alors n'être faite que par des médecins hospitaliers.

Jusqu'aux années 1980, il va y avoir une période de développement rapide, avec une augmentation du nombre de structures et l'apparition de textes juridiques permettant de structurer ces services.

En 1973, la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) est créée pour réunir les différentes structures d'HAD, qu'elles soient publiques ou privées à but non lucratif.

Finalement, grâce à la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, un cadre législatif clair est posé et l'HAD est reconnue comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle par la législation française (5).

Les conditions de fonctionnement de ce type de service sont clarifiées via le décret du 2 octobre 1992, relatif aux structures de soins alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle (6). A partir de cette date, la prescription d'une HAD peut se faire par le médecin généraliste, après accord du médecin coordonnateur de la structure (7).

Le nombre de structures d'HAD augmente progressivement, avec fin 1999 la création de 68 structures au total, mais inégalement réparties sur le territoire et l'hospitalisation à domicile reste globalement peu développée en France (8).

Le 30 mai 2000, paraît une circulaire qui vise à mieux clarifier le rôle de l'HAD par rapport à d'autres services de soins à domicile. Il va falloir créer des critères d'admission pour les patients et améliorer la qualité de leur prise en charge, notamment en prenant en compte la dimension psychosociale de la maladie et l'impact sur leurs proches ; en renforçant les liens entre établissements de santé et services d'HAD ; ainsi que les liens entre le secteur libéral et l'HAD ; ou encore en précisant le rôle du médecin coordonnateur de l'HAD (9).

Par la suite, la circulaire du 05 octobre 2007 permet aux HAD de s'occuper de patients vivant en EHPAD.

En mars 2008, une autre circulaire précise le rôle majeur de l'HAD dans le domaine des soins palliatifs et contribue de ce fait à l'augmentation de ce type de soins à domicile (10).

En 2009, grâce à la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST), l'HAD est pour la première fois depuis sa création, reconnue comme une hospitalisation à part entière et pas seulement comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle (11). À noter que sur le plan juridique, l'appellation HAD soit << hospitalisation à domicile>> devient protégée.

En décembre 2013, une circulaire relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile a pour but d'élaborer une stratégie pour élargir la place de l'HAD, avec un objectif de doublement de l'activité de l'HAD d'ici 2018. L'objectif est de se substituer, lorsque c'est possible, à l'hospitalisation complète, pour améliorer la prise en charge du patient (12).

Concernant quelques chiffres clés, en 2019 en France, 122 000 patients ont bénéficié d'une HAD et 5.6 millions de journées d'HAD ont été réalisées. Sur le plan financier, l'HAD représente 1% des dépenses d'hospitalisation et 0.5% des dépenses de l'Assurance maladie. Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation à domicile est de 203,80€ pour l'Assurance Maladie (13).

Le développement de l'HAD est tel, qu'en avril 2019 a eu lieu le premier congrès mondial sur l'hospitalisation à domicile à Madrid (14).

Néanmoins même si l'HAD a connu un essor important ces dernières années, il existe toujours une inégalité de répartition de l'offre avec des disparités entre les régions et à l'intérieur de celles-ci. Sans oublier de parler des zones rurales dans lesquelles existe un fort déficit, notamment en lien avec la dispersion des patients et un important temps de déplacement induit entre chacun d'eux.

2.2. Missions

L'HAD permet de maintenir le patient dans son environnement familial tout en assurant une qualité hospitalière à domicile, une prise en charge globale et empêche ou réduit la durée d'une hospitalisation conventionnelle.

Au domicile du patient, elle assure des soins médicaux et paramédicaux qui se démarquent des autres soins à domicile par leurs complexités et leurs fréquences.

Comme évoqué précédemment, les malades concernés sont de tout âge et sont atteints de maladies graves, aiguës ou chroniques, parfois multiples/évolutives/instables.

Les soins qui sont délivrés sont médicaux, mais il peut aussi s'agir de soins paramédicaux et/ou d'une prise en charge psycho-sociale du patient et de ses proches.

Voici les différentes prises en charge existantes en HAD, classées par ordre décroissant en terme de fréquence (15) :

- Pansements complexes et soins spécifiques
- Soins palliatifs
- Soins de nursings lourds
- Nutrition entérale
- Traitements intraveineux
- Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
- Assistance respiratoire
- Nutrition parentérale
- Surveillance de grossesse à risque
- Post traitement chirurgical
- Autres traitements

- Chimiothérapie anti cancéreuse
- Post partum pathologique
- Prise en charge de la douleur
- Education du patient et/ou de son entourage
- Rééducation neurologique
- Rééducation orthopédique
- Prise en charge du nouveau-né à risque
- Retour précoce à domicile après accouchement
- Surveillance d'aplasie
- Surveillance de radiothérapie
- Transfusion sanguine

2.3. Intervenants indispensables et fonctionnement de l'HAD

2.3.1. Médecins

3 médecins :

- Le médecin hospitalier qui initie souvent la demande d'admission en HAD. Il assure la bonne transmission des informations concernant le patient, réfléchit au projet thérapeutique avec l'HAD et accepte de le ré hospitaliser par la suite si nécessaire.
- Le médecin traitant qui est désigné par le patient. L'HAD ne peut se faire qu'avec son accord. Si le patient est à domicile, il peut lui même faire une demande de prise en charge en HAD.
- Le médecin coordinateur est le référent médical de la structure. Il donne son avis médical concernant l'admission et la sortie du patient en HAD, après réflexion avec le médecin prescripteur et le médecin traitant. Il veille à la

bonne coordination des différents professionnels et permet un échange adéquat d'informations nécessaires à une prise en charge coordonnée et globale du patient. Il veille également à l'élaboration et au suivi du protocole de soins mais, sauf en cas d'urgence, il n'est pas prescripteur (16).

2.3.2. Personnel paramédical

Il y a une infirmière de coordination qui lors d'une demande d'admission, va prendre contact avec le patient et ses proches mais aussi avec le médecin prescripteur et l'équipe paramédicale ; puis va transmettre la demande au médecin coordinateur. On trouve aussi des infirmier(s) libéraux (ales) qui, si ils/elles ont signé une convention avec l'HAD peuvent intervenir auprès des malades. Il y a également souvent une psychologue ainsi qu'une assistante sociale (17).

2.3.3. Les prestataires

Pour le bon fonctionnement d'une HAD, il ne faut pas oublier les prestataires de services qui fournissent le matériel médical ainsi que les pharmacies de ville, ainsi que les transporteurs sanitaires (18).

2.3.4. Les différents soins dispensés

Grâce à la Circulaire de l'an 2000 qui clarifie le rôle de l'HAD, les soins dispensés par l'HAD se découpent en trois catégories (9) :

- les **soins ponctuels** qui sont techniques et complexes, pour des pathologies non stabilisées. Ils pourront être réitérés régulièrement comme dans le cas de la chimiothérapie par exemple

- les **soins continus** qui sont de durée indéterminée car dans le cadre de pathologies évolutives. Ils associent soins de nursing, soins techniques et soins d'entretien de la vie
- les **soins de réadaptation à domicile**, pris en charge pour une durée déterminée. Ils ont souvent lieu après la phase aiguë d'une atteinte neurologique, cardiologique, orthopédique voire d'une polypathologie.

2.3.5. Modalités de prise en charge du patient en HAD

Dans un premier temps, pour être pris en charge par l'HAD, rappelons qu'il faut une prescription médicale qui peut être faite par un médecin hospitalier ou un médecin de ville. Cette demande s'effectue en accord avec le patient et son entourage.

Le médecin traitant est un véritable pivot de la prise en charge du patient à son domicile car son accord est obligatoire à la prise en charge et il est le référent médical du patient pendant toute la durée du séjour en HAD.

Le médecin prescripteur contacte l'équipe de l'HAD, qui évalue sa faisabilité notamment en se basant sur des critères d'admission. Une évaluation multidimensionnelle de la situation du patient est faite, portant essentiellement sur : son état général via l'échelle de Karnofsky, son état nutritionnel, l'évaluation de son autonomie, l'évaluation psychologique et sociale, l'évaluation de la douleur et des besoins en aides matériels et humaines (2) ...

Un dossier administratif est à remplir par le patient et ses proches, ainsi que la désignation d'une personne de confiance et si possible la rédaction de directives anticipées.

Après accord de prise en charge en HAD, un projet thérapeutique est établi et clarifie l'ensemble des soins requis par le patient selon son état. S'en suit une prise de contact avec les intervenants libéraux et des différents prestataires.

L'équipe de soins intervient à domicile selon ce qui a été établi dans le projet thérapeutique. Le médecin traitant effectue des visites à domicile, initie et renouvelle les prescriptions de médicaments, de prise de sang et/ou d'examens complémentaires. Un "dossier patient" est laissé en place à domicile.

L'HAD a pour obligation d'assurer la continuité des soins 24h/24 et 7j/7, avec l'obligation d'avoir une astreinte paramédicale mais sans obligation d'avoir une astreinte médicale. En cas de problème nécessitant une intervention médicale, c'est le médecin traitant qui se déplace s'il est disponible et en cas d'urgence, le SAMU est contacté.

La réévaluation de l'état de santé du patient est nécessaire et peut aboutir à une admission ou à une réadmission en hospitalisation conventionnelle, ou à une sortie de l'HAD.

2.3.6. Tarifification de l'HAD

La facturation du séjour repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT). Ce forfait journalier est pondéré par la charge en soins, qui dépend des modes de prise en charge principaux (MPP) et associés (MPA), de la durée de prise en charge et du degré de dépendance du malade défini par l'indice de Karnofsky qui est coté de 10 à 100% (cf annexe 1).

Le CREDES (devenu IRDES depuis 2004) a mené une enquête concernant le coût de prise en charge en HAD entre 1999 et 2000 et en moyenne, une journée d'hospitalisation à domicile coûte environ 140 euros, dont 70% de coût médical direct. A noter que le coût global d'une journée diminue quand la durée de séjour augmente (19). Selon le rapport d'activité 2019/2020 de la FNEHAD, le coût moyen d'une journée HAD pour l'assurance maladie s'élève à 203,80 € (20). Les coûts sont

variables mais on estime qu'à qualité de soins équivalente, l'HAD coûte 3 à 4 fois moins cher à l'assurance maladie qu'une hospitalisation conventionnelle (21).

2.4. HAD de Sarrebourg : secteur d'Alsace/Moselle

2.4.1. Présentation et activité

L'HAD de SARREBOURG fait partie du CH de SARREBOURG, établissement public de Santé ; elle a été créée en 2009. Il s'agit d'une HAD polyvalente qui se situe en milieu rural, à la frontière ouest du GHT Basse Alsace Sud Moselle et qui est à mi-chemin entre le CHU de STRASBOURG et celui de NANCY (22).

Le nombre de patients pris en charge en HAD augmente progressivement, avec un âge compris le plus souvent entre 65 et 85 ans.

Les prises en charge les plus fréquentes concernent les pansements et soins complexes ainsi que les soins palliatifs. Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire (psychologue, assistante sociale, diététicienne, ergothérapeute) et qui peut profiter du plateau technique du CH de Sarrebourg (imagerie, pharmacie, radiologie).

Concernant son activité en 2020, on dénombre 406 patients pris en charge, 537 séjours pour un total de 15 324 journées d'HAD. Concernant la répartition géographique des patients, environ 75% proviennent de Lorraine et 25% d'Alsace. De plus environ 20% des prescriptions d'HAD proviennent de la ville.

2.4.2. Les grandes lignes de son organisation

L'HAD de SARREBOURG a un numéro d'appel unique (03.87.23.25.78) avec un secrétariat en journée puis un relai effectué par l'infirmière d'astreinte en soirée et la nuit. Les demandes d'HAD sont réceptionnées et évaluées par l'infirmière

coordinatrice. Un dossier d'admission est à remplir, la procédure d'admission en HAD a déjà été détaillée dans un paragraphe antérieur. A domicile, il persiste un dossier médical papier. Un compte rendu hebdomadaire est envoyé au médecin traitant lors d'une prise en charge palliative.

Comme pour toute HAD, une astreinte paramédicale est organisée par l'HAD 24h/24 et 7j/7. Les médecins de l'HAD assurent la permanence des soins la nuit et les week end par téléphone et visioconférence sur la plateforme Pulsy. En cas d'urgence vitale, le centre 15 est contacté et peut se référer à une fiche résumant l'état du patient, fiche qui a été faxée lors de l'entrée en HAD du patient.

Concernant la sortie d'hospitalisation, le médecin traitant est appelé par l'équipe de l'HAD pour le prévenir et avoir son accord, puis un courrier de sortie lui est adressé.

2.4.3. Zone d'intervention de l'HAD de SARREBOURG

Dans la zone d'intervention de l'HAD de SARREBOURG on trouve de nombreux établissements de santé MCO et des SSR ainsi que des établissements médico sociaux représentés par les EHPAD, les MAS et les FAM.

Ci joint une cartographie de la répartition territoriale de cette zone géographique :

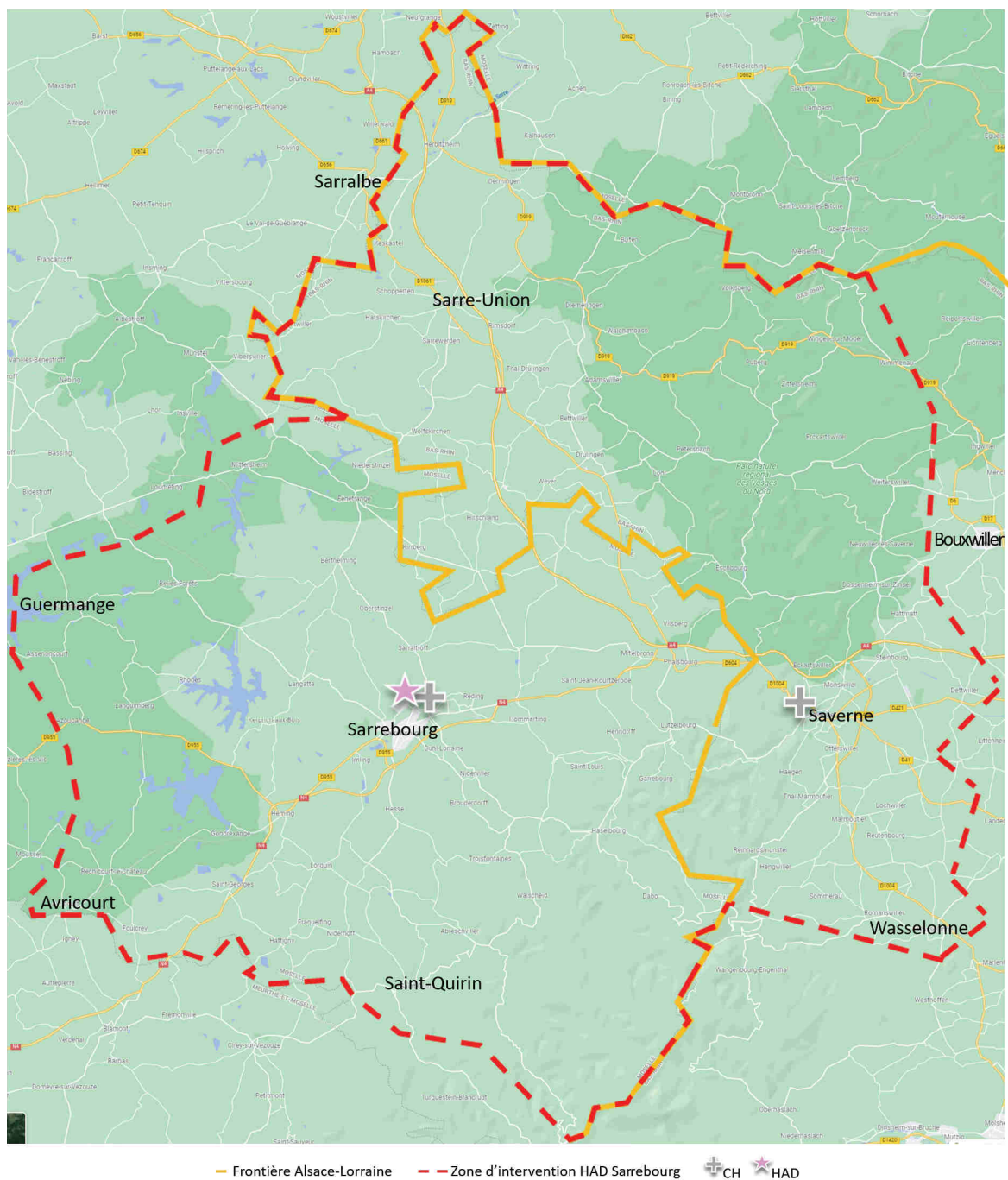


Figure 1 - Zone d'intervention HAD Sarrebourg

2.4.4. Extension de l'HAD

Depuis 2018, l'HAD de SARREBOURG prend en charge des patients vivant sur le territoire de SAVERNE. Et depuis 2020 une antenne HAD a été créée sur le site du CH de SAVERNE, favorisée par la direction commune des CH de SARREBOURG et

de SAVERNE et s'inscrivant dans le cadre du projet médical partagé des CH de SARREBOURG et de SAVERNE.

L'extension de la zone d'intervention au pays de SAVERNE ainsi qu'aux communes limitrophes des pays de la PETITE PIERRE et de SARRE-UNION entraîne une hausse de 77 780 habitants, soit un territoire de 143 479 habitants.

Concernant les professionnels libéraux, suite à l'extension de la zone d'intervention, l'HAD de SARREBOURG englobe désormais 117 médecins libéraux, 246 infirmiers libéraux et 167 kinésithérapeutes.

3. Matériel et méthode

Objectif : Répondre aux questions suivantes : Quelles sont les connaissances, attentes et limites des médecins généralistes du secteur d'Alsace/Moselle lorsqu'ils ont recours à l'HAD ?

3.1. Choix de la méthode

La recherche qualitative a pour objectif de comprendre et d'explorer un phénomène. Il s'agit d'une méthode inductive, qui permet de générer et non de vérifier des hypothèses. Ce type d'approche va permettre de mettre en lumière certaines théories, sans idées préconçues.

La recherche quantitative quant à elle, est surtout utilisée dans le domaine biomédical. Elle permet de mesurer un phénomène en testant des hypothèses prédéfinies et d'établir des relations entre deux phénomènes. Il s'agit d'un raisonnement déductif.

Mon travail a pour but d'explorer les connaissances des médecins généralistes concernant l'hospitalisation à domicile, d'identifier leurs attentes mais aussi les limites à l'utilisation de l'HAD et de réfléchir à d'éventuelles modifications pour améliorer la prise en charge des patients en HAD. Pour répondre à cette étude, la méthode de recherche qualitative me semblait donc plus pertinente.

Les recherches bibliographiques ont en grande partie étaient faites via le site de la Bibliothèque Universitaire de Strasbourg, permettant ensuite d'avoir accès à différents sites comme PubMed, Science direct ou encore EM premium. Dans ces bases de données, les mots clés étaient : HAD, hospitalisation à domicile, médecine générale, home care.

3.2. Population cible

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été faite sur la base de 12 entretiens avec des médecins généralistes. Le critère obligatoire pour participer à l'étude, était de faire partie du territoire éligible à l'HAD de Sarrebourg.

Une partie des médecins a été recrutée grâce aux données fournies par l'HAD de Sarrebourg, pour avoir un échantillon à la fois de médecins généralistes faisant souvent appel à l'HAD et des généralistes n'y faisant pas beaucoup appel, pour explorer le plus large champ d'opinions possible. Une autre partie des médecins a été recrutée par l'effet "boule de neige", c'est à dire en tenant compte des noms de généralistes évoqués par les médecins interrogés. Les autres médecins recrutés étaient contactés au hasard parmi les médecins de la région de Saverne et de Sarrebourg.

Les critères de sélection étaient le sexe, l'âge, la durée d'installation, la zone d'activité, le mode d'activité ainsi que la proportion de visites à domicile.

Les médecins généralistes étaient volontairement choisis en fonction de ces critères, pour avoir un échantillon varié et le plus représentatif possible.

- Critères d'inclusion : les médecins généralistes faisant partie du secteur d'activité de l'HAD de Sarrebourg, ayant déjà eu au moins un patient pris en charge en HAD, inscrits à l'ordre des médecins, ayant une activité libérale, et acceptant de participer à cette étude.
- Critères d'exclusion : les médecins généralistes exerçant en dehors du secteur d'activité de l'HAD de Sarrebourg, n'ayant eu aucun patient pris en charge en HAD, non inscrits à l'ordre des médecins, n'exerçant pas en libéral, ayant refusé de participer à l'étude.

Un échantillonnage théorique a été fait pour avoir un échantillon le plus représentatif de la population étudiée.

3.3. Guide d'entretien et entretien semis-dirigé

Un guide d'entretien semi dirigé a été créé pour définir une trame lors les entretiens en cabinet médical, tout en restant souple dans la chronologie des questions. Ce guide a été établi en concertation avec une médecin coordinatrice de l'HAD de Sarrebourg. Il s'agit volontairement de questions ouvertes pour qu'il y ait une plus grande liberté d'expression. Des questions subsidiaires étaient créées et pouvaient être utilisées pour relancer la discussion.

Ce guide d'entretien comporte 5 grandes parties (annexe) :

- Une partie introductive qui comporte des informations générales
- Une partie sur les connaissances de l'HAD par les médecins généralistes
- Une partie sur les avantages et les intérêts de l'HAD selon ces généralistes
- Une partie sur les limites et freins ressentis par les médecins généralistes en ce qui concerne l'utilisation de l'HAD
- Une dernière partie sur leur ressenti général et sur d'éventuelles suggestions pour une meilleure prise en charge des patients à l'avenir

Les médecins généralistes ont été contactés par appel téléphonique ou par email lors de tentatives d'appels infructueuses ; avec la prise d'un rendez vous au cabinet médical du médecin généraliste pour un entretien. Les entretiens semi dirigés ont débutés en octobre 2020. Suite au COVID19 et à la situation sanitaire, le déplacement au cabinet médical s'est avéré plus difficile ; les derniers entretiens ont dû être réalisés à distance par téléphone.

Chaque entretien a été enregistré, après accord des médecins, dans le respect de la confidentialité et après avoir eu leur consentement oral. Au début de l'entretien, une petite introduction est faite avec rappel du but de la thèse et du respect de l'anonymat.

Les entretiens ont été stoppés lorsqu'il y a eu saturation théorique des données, c'est à dire lorsque deux entretiens successifs n'apportaient aucune nouvelle information.

3.4. Retranscription et technique de codage

La retranscription des entretiens s'est faite sur ordinateur en verbatim. Le codage a été réalisé par la suite, selon plusieurs étapes : le codage ouvert puis axial puis sélectif. Tout d'abord le codage ouvert a été réalisé par le regroupement de plusieurs mots. Puis le codage axial a permis le regroupement de certains codes ouverts lorsqu'il y avait des idées et des points de vue similaires. Enfin le codage sélectif a permis le regroupement de ces idées en grandes catégories, qui ont été utiles pour l'élaboration des différents paragraphes de cette étude.

Le codage a été fait avec l'aide du tableur Excel : analyse du contenu par thématique avec regroupement des items récurrents.

4. Résultats

4.1. Analyse des données par codage

Le codage ouvert a débuté après le 2^{ème} entretien puis a été fait au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Le codage axial a débuté après le 3^{ème} entretien.

La saturation des données a eu lieu lors du 11^{ème} entretien mais un dernier entretien a été effectué pour confirmer l'absence de nouvelles données.

4.2. Données générales sur la population étudiée

Au total, 12 entretiens ont été fait auprès des médecins généralistes du secteur de l'HAD de Sarrebourg entre Octobre 2020 et Février 2021. La durée moyenne des entretiens était de 17,6 minutes, avec une durée totale allant de 9,42 minutes à 28 minutes.

La plupart des entretiens ont eu lieu au cabinet médical des médecins et le reste par téléphone. Voici les caractéristiques des médecins généralistes interrogés :

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------------|
| Sexe | 67 % d'hommes | 33 % de femmes |
| Age moyen | 56,4 ans | |
| Durée moyenne d'exercice | 25,9 années | |
| Lieu d'activité | 42 % en bourg | 33 % en village 25 % en ville |
| Type d'activité | 17 % cabinet individuel | 83 % association |
| Proportion de visites à domicile | 17% | |

Tableau 1 - Caractéristiques des médecins interrogés

La majorité des médecins interrogés étaient de sexe masculin, avec 4 femmes et 8 hommes.

L'âge moyen des médecins interrogés était de 56,4 ans, le plus jeune étant âgé de 37 ans et le plus âgé de 73 ans.

La durée d'installation la plus ancienne était de 39 ans pour l'un des médecins et la durée d'installation la plus courte était de 9 ans avec une moyenne de 25,9 ans.

Concernant le lieu d'exercice, la plupart (5/12) exerçaient dans un bourg entre 2000 et 5000 habitants. 4 dans un village (moins de 2000 habitants) et 3 dans une ville (Saverne ou Sarrebourg).

Concernant la proportion de visites effectuées par ces médecins généralistes, elle variait de 1 à 40% de leur activité totale.

4.3. Etat des connaissances des médecins généralistes concernant l'HAD

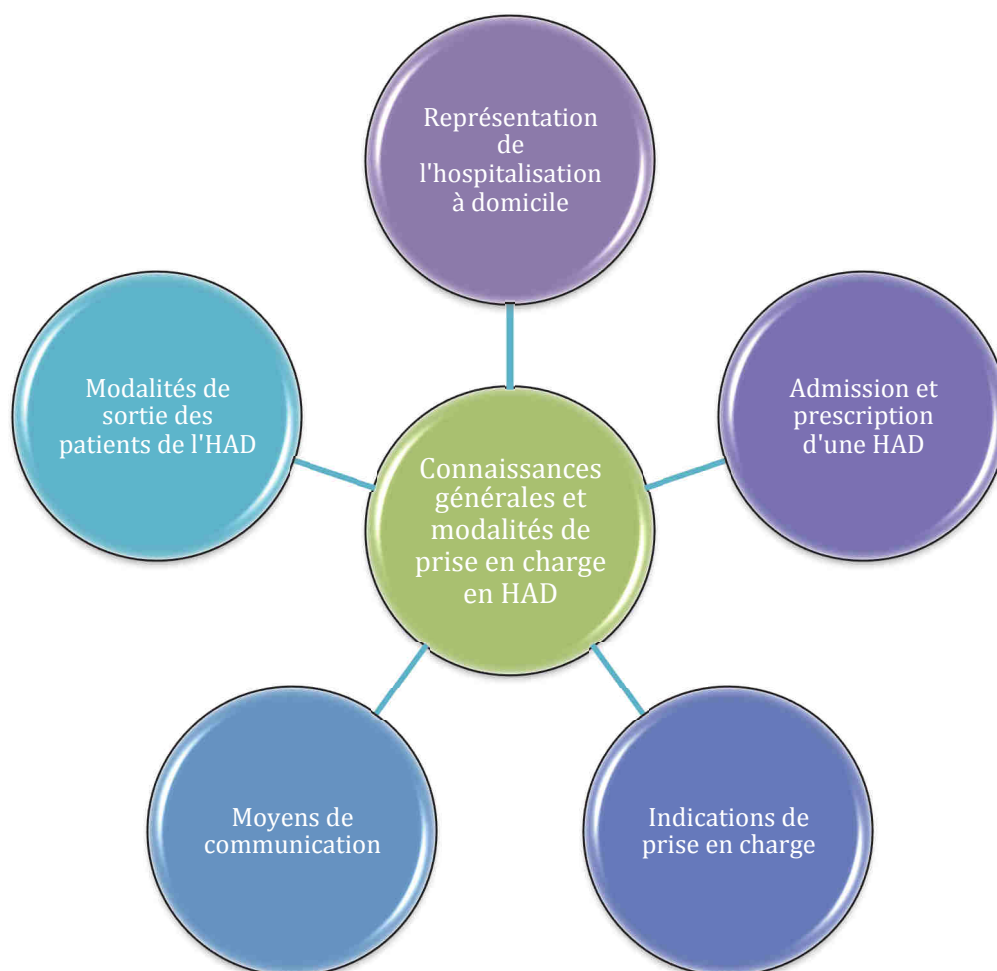


Figure 2 - Connaissances des médecins généralistes

4.3.1. Représentation de l'hospitalisation à domicile

Au début de chaque entretien, les médecins sont interrogés sur leur représentation de l'hospitalisation à domicile. Un des médecins rapporte la notion de critères particuliers pour pouvoir prétendre à une HAD.

<< Alors déjà il faut un certain nombre de critères puisque j'en avais déjà demandé et les patients ne rentraient pas dans les critères.>> (M1).

Beaucoup de médecins interrogés évoquent des patients lourds.

- <<il fallait une certaine lourdeur de la prise en charge du patient>> (M1), << C'est la facilité pour des patients lourds d'avoir accès à certains soins qu'ils ne pourraient avoir en dehors de ça>> (M5).

Il y a une comparaison qui se fait avec l'hôpital, notamment en ce qui concerne les moyens mis à disposition.

- << Disons il y a plus de moyens donc c'était quasiment les mêmes moyens qu'à l'hôpital>> (M2), << A des besoins hospitaliers qu'on peut mettre à la maison en route quoi >> (M6), << La possibilité d'avoir accès à des thérapeutiques à usage hospitalier>> (M7).

Deux médecins rapportent le fait que l'HAD est indépendante de la sécurité sociale.

- << Ce n'est pas régulé par la sécurité sociale >> (M2), << Je suis médecin réglé, rémunéré par l'hôpital dans ce cadre là, je ne dépends plus de la sécurité sociale>> (M3).

4.3.2. Admission et prescription d'une HAD

La plupart des médecins interrogés rapportent une entrée en HAD instaurée par l'hôpital à la suite d'une hospitalisation.

- << Le plus souvent je pense que mes patients sont rentrés en HAD par l'hôpital>> (M1), << l'HAD a été initiée par l'hôpital>> (M4), << En général c'est une demande qui est faite au niveau de l'hôpital au patient ou à la famille >> (M6), << Les procédures d'admission c'est surtout des sorties d'hospitalisation>> (M8).

Quelques médecins n'hésitent pas à initier une hospitalisation à domicile quand ils le jugent nécessaire.

- << Quand ça commence à être lourd>> (M2), << Honnêtement je pense que j'ai plus prescrit à mes patients moi l'HAD que l'hôpital>> (M7), << Ça m'est déjà arrivé je crois, oui>> (M11).

Néanmoins 7 médecins n'ont jamais initié d'HAD.

- << Personnellement ça ne m'est jamais arrivé de demander une HAD d'emblée>> (M5), << En prescrire une, je n'en prescrirai pas>> (M6), << Non, moi c'est non>> (M8).

4.3.3. Indications de prise en charge

Plusieurs indications de prise en charge en HAD sont évoquées par les médecins généralistes.

La plupart des médecins interrogés parlent de l'utilisation de l'HAD lors des soins palliatifs, des situations de fins de vie.

- << Alors moi c'était vraiment les situations de fin de vie>> (M1), << Cancéro ou véritablement fin de vie avec déclin progressif du patient>> (M3), << Ce sont soit des gens qui sont en soins palliatifs>> (M5), Moi je fais appel à l'HAD surtout dans le cadre des soins palliatifs>> (M7).

La deuxième indication évoquée par les médecins interrogés, concerne les soins de plaies.

- << J'ai une de mes patientes qui est sortie de l'hôpital avec une HAD pour une énorme plaie>> (M1), << C'est surtout les plaies cavitaires qui me font appeler l'HAD>> (M9), << Soit c'est des plaies chirurgicales avec un VAC>> (M10), << Les pansements avec des traitements bien particuliers et des pansements drainants >> (M11).

Viennent ensuite des indications plus rarement évoquées par les médecins interrogés comme :

- Le soulagement des douleurs
- << Algie donc mise en place de pompe à morph'>> (M3)
- Les hospitalisations répétées
- << Les hospitalisations répétées euh conventionnelles répétées qui usent l'intéressé et puis les services qui les accueillent>> (M2)
- La nécessité d'un traitement que l'on ne trouve pas en pharmacie de ville
- << Ou sinon pour des périodes courtes d'antibiothérapies >> (M7), << Vous savez que le paracétamol injectable on ne le trouve pas en ville>> (M7), << Quand il y a des antibiothérapies euh hospitalières >> (M11), << Des accès à des traitements pas forcément médicamenteux hein mais des traitements qui sont uniquement hospitaliers auxquels on n'a pas accès >> (M5).
- Des prises en charge difficiles en EHPAD
- << Les difficultés de gestion en EHPAD>> (M3), << Il y a souvent des cas en HAD à la maison de retraite >> (M9).

Un des médecins interrogés ne voyait aucune indication de prise en charge des patients en hospitalisation à domicile.

- << Je ne pense pas HAD (...) les fins de vie j'essaye de les gérer avec l'équipe de soins pall'>> (M4).

4.3.4. Moyens de communication

Certains médecins généralistes interrogés rapportent l'existence d'un dossier au domicile du patient, grâce auquel ils peuvent communiquer avec l'équipe de l'HAD.

- << Il ya une trace écrite au chevet du patient, un épais dossier>> (M2), << La communication se fait en général par écrit en fait >> (M6).

Le téléphone est également un moyen de communication régulièrement cité par les médecins.

- << Plutôt par téléphone (...) et puis on a une facilité à les joindre>> (M3), << Et puis si effectivement on a besoin de quelque chose on peut leur téléphoner>> (M6), << Je peux contacter téléphoniquement pour avoir des renseignements >> (M9).

A l'heure du numérique, une autre alternative citée est l'échange par email.

- << Par mail quand il y a des changements de traitements, des initiations de traitements ben je renvoie un mail avec les ordonnances>> (M7).

4.3.5. Modalités de sortie des patients de l'HAD

D'après les médecins généralistes interrogés sur les raisons de sortie de leurs patients en HAD, on retrouve essentiellement soit :

- Le décès du patient
- << Soit ils font le saut périlleux et vont direct chez Saint Pierre>> (M2), << Des gens qui sont en soins pall' et donc ils meurent>> (M5).
- Soit la fin des soins
- << L'HAD a dit voilà le soin est fini ça s'arrête là >> (M3), << Quand les soins sont terminés >> (M9), << En général c'est quand les soins sont finis >> (M11).

4.4. Attentes et intérêt à solliciter l'HAD, pour les médecins généralistes ainsi que pour les patients et leurs familles

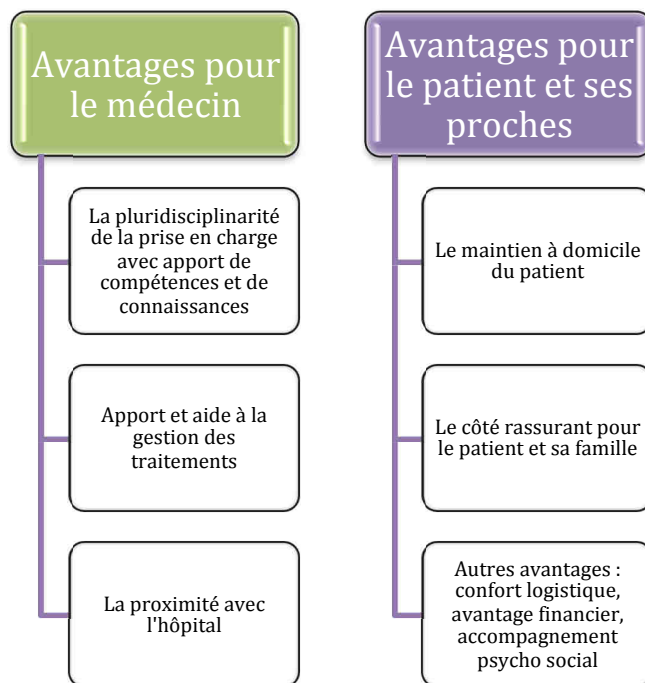


Figure 3 - Avantages médecin/patients

4.4.1. La pluridisciplinarité de la prise en charge avec apport de compétences et de connaissances

Le travail d'équipe est intéressant lors de l'hospitalisation à domicile et est salué par de nombreux médecins.

- <<J'ai tout à y gagner d'un travail en équipe euh j'ai beaucoup à recevoir des connaissances et des compétences >> (M2), << La pluridisciplinarité de la prise en charge c'est à dire qu'il y a un œil de l'hôpital donc ça peut être pratique>> (M11).

Notamment dans le cadre des soins palliatifs.

- << Amener un plus dans les soins palliatifs que je ne suis pas forcément à même d'apporter>> (M3).

4.4.2. Apport et aide à la gestion des traitements

Pour beaucoup de médecins généralistes interrogés, l'accès aux thérapeutiques hospitalières est un véritable plus dans la prise en charge du patient.

- << Gérer une pompe à morphine, gérer quand y avait des soins de gastrostomie>> (M1), << Amener des thérapeutiques auxquelles je n'ai pas accès>> (M3), << Me donner accès à certains matériels>> (M4), << Et qu'il y ait aussi des thérapeutiques que nous on ne peut pas mettre en place aussi>> (M11).

4.4.3. La proximité avec l'hôpital

- Selon certains médecins interrogés, le fait d'avoir une prise en charge du patient en HAD permet d'être plus proche de l'hôpital en cas de soucis, pour demander un avis ou si besoin hospitaliser plus facilement le patient.
- << Ça fait un lien potentiel avec un médecin hospitalier pour discuter>> (M1).
- Pour d'autres médecins, cela permet d'éviter une hospitalisation conventionnelle :
- << Ils ne savent pas toujours que l'HAD évite aussi des hospit'>> (M2), <<On allège un petit peu cette pression hospitalière pour le patient>> (M3).

4.4.4. Le maintien à domicile du patient

Concernant les avantages d'une prise en charge en HAD pour le patient, beaucoup de médecins interrogés soulignent le fait que le patient peut rester à domicile, dans un environnement qui lui est familier.

- << Le patient il est déjà dans ses murs>> (M2), << Ce qui leur permet quand même d'être à la maison, de rester à domicile>> (M5), << Le patient c'est son

confort parce qu'il a décidé de rester à la maison>> (M6), << L'avantage c'est clairement pour le patient, c'est que si le patient peut être à la maison notamment pour ses soins palliatifs plutôt qu'à l'hôpital voilà quoi>> (M8).

4.4.5. Le côté rassurant pour le patient et sa famille

Les médecins rapportent que pour les familles aussi, le fait d'être suivi par une équipe, apporte un côté rassurant et sécurisant.

- << Pour le patient et sa famille je pense qu'il peut y avoir un côté rassurant ... il me semble qu'ils peuvent contacter quelqu'un y compris le week end ou la nuit, ce qui est quand même certainement très rassurant >> (M1), << Pour la famille probablement ça doit être rassurant de voir qu'il y a quelqu'un qui vient matin et soir>> (M10).

4.4.6. Autres avantages pour le patient et ses proches

- D'autres médecins rapportent l'avantage financier pour le patient d'être pris en charge en HAD.
- << Ya probablement des avantages on va dire financiers par rapport à des prises en charge de certaines choses qui ne le serait peut-être pas s'il n'était pas en HAD>> (M1), << Encore une fois ça représente un coût énorme donc déjà en terme de possibilité d'avoir accès à des formes de traitement qu'ils ne pourraient pas avoir en dehors de l'hospitalisation euh classique >> (M5).
- Ainsi que le confort logistique car le matériel est livré directement au domicile du patient.
- << C'est le confort logistique. Au lieu de chercher chaque fois des médicaments à droite à gauche à des prestataires>> (M7).
- L'accompagnement psycho social pour le patient et sa famille

- << Ils offrent d'autres supports aussi, psychologique, social et tout ça il faut les utiliser ... c'est quand même un avantage considérable je pense pour les patients>> (M7), << Je pense que c'est beaucoup mieux pour la famille aussi, parce que à l'hôpital ils ne sont pas vraiment pris en charge au niveau psychologique quoi>> (M6), << Ils sont vraiment dans l'accompagnement, ils les préparent en fait au deuil et je trouve ça bien >> (M6).

4.4.7. Pour le médecin : aucun bénéfice

4 des médecins interrogés rapportent qu'il peut y avoir des bénéfices pour le patient et ses proches mais pas pour eux.

- << Pour moi non>> (M4), << Mais moi ça m'apporte rien, moi ça ne change rien>> (M6), << Alors pour moi il y en a pas parce que je pense qu'il sera toujours mieux pris en charge à l'hôpital parce qu'un médecin hospitalier ben il est quand même dans le couloir, il n'est pas loin>> (M8), << Pour moi aucun>> (M10).

4.5. Freins et limites évoqués concernant le fonctionnement de l'HAD



Figure 4 - Freins et limites au fonctionnement de l'HAD

4.5.1. La lourdeur administrative

La plupart des médecins généralistes interrogés parlent d'une lourdeur sur le plan administratif.

- << Ça apporte juste des contraintes administratives >> (M4), << D'un point de vue papier c'est un peu lourd aussi de temps en temps >> (M2).

Certains développent leur propos en précisant qu'il s'agit surtout pour eux d'une lourdeur administrative lorsqu'ils ont besoin de prescrire quelque chose :

<< C'est cette histoire de prescription où pour la moindre prescription il fallait remplir le papier, le scanner, le mailer donc ça c'était un peu lourd>> (M1),

- << Parce qu'on est obligé euh dès qu'on demande un soin supplémentaire euh d'avoir des démarches administratives qu'on n'a pas en temps normal >> (M5).

D'autres sont plutôt limités par le dossier au domicile du patient qu'ils jugent trop complexe :

- << Un dossier chez le patient de quelqu'un qui est en HAD c'est comme lire une fiche ARS >>, << Le dossier pourrait être simplifié s'il prenait en compte ce que disent les médecins >> (M10).

4.5.2. La disponibilité requise pour le médecin généraliste

La plupart des médecins généralistes ont une activité importante. De ce fait, certains médecins ont été freinés lorsqu'on leur a parlé de disponibilité, disant qu'ils étaient déjà très pris par leur travail et auraient du mal à se rendre encore plus disponible en cas de besoin.

- << Signer un papier disant qu'on est le médecin et il me semble me souvenir, qu'on est disponible. Et ça sur le moment c'était un frein parce que j'avais dit non mais moi je ne suis pas disponible>> (M1).

Surtout pour les médecins qui travaillent beaucoup sur rendez-vous et/ou qui font très peu de visites à domicile :

- << Une forme de contrainte en terme de fréquence de passage, de disponibilité pour le médecin libéral qui n'est pas toujours facilement compatible avec l'exercice >> (M8).

4.5.3. La difficulté à se positionner en tant que médecin généraliste

Une des médecins interrogés dit ne pas se sentir à l'aise parce qu'elle n'utilise pas souvent ce concept d'hospitalisation à domicile.

- << Ca reste quelque chose d'assez, euh, que j'utilise peu et ben du coup je me sens pas très à l'aise avec >> (M1).

Une autre médecin a du mal à trouver sa place :

- << On sait jamais comment se positionner parce qu'alors on appelle les patients ; est-ce qu'on repasse, est-ce qu'on repasse pas>> (M6).

4.5.4. La confusion avec l'équipe mobile de soins palliatifs

Une des médecins a avoué avoir longtemps confondu l'HAD avec l'équipe mobile de soins palliatifs :

- << J'ai longtemps confondu ça avec les soins palliatifs euh mobiles, l'équipe mobile de soins palliatifs>> (M1).

4.5.5. Le paiement des visites

Lors d'une prise en charge en HAD, les visites à domicile effectuées par le médecin généraliste sont payées par l'hôpital dont dépend l'équipe de l'HAD. Pour certains médecins interrogés, ce paiement est effectué trop tardivement :

- << Nous on est payés avec un retard phénoménal >> (M10).

4.5.6. La disponibilité insuffisante de l'HAD

Quelques médecins déplorent une disponibilité insuffisante de l'HAD lorsque le patient ne va pas bien le week end.

- << L'accessibilité le week end posait un énorme problème aussi >> (M5)

Ou de manière générale.

- << Il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui soit disponible un peu plus facilement>> (M8).

4.5.7. La dépendance hospitalière

La plupart des équipes d'HAD sont reliées à une structure hospitalière. Un des médecins rapporte des difficultés liées selon lui, à un clivage entre la médecine hospitalière et ambulatoire :

- << Le problème c'est qu'on a toujours le sentiment que la difficulté vient du fait qu'on est dans deux mondes différents entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière>> (M5).

Certains médecins interrogés évoquent une diminution de leur autonomie lors des prises en charge en HAD :

- << On est dépendant de l'hôpital c'est la seule chose qui est nouvelle pour nous (...) là on est un peu moins autonome mais tu fais ton métier quand

même quoi >> (M3) , << C'est une manière un peu de garder un peu certains pouvoirs, certaines prescriptions sous tutelle hospitalière, comme si nous étions incapable de juger de la pertinence de faire une fin de vie >> (M4).

Un des médecins déplore des sorties parfois trop précoces des patients pour diminuer les journées hospitalières ainsi que les coûts hospitaliers :

- << Une diminution des journées hospitalières que quelque part on met sur le dos des libéraux >> (M10).

4.5.8. Le manque de communication avec le généraliste ou le patient et sa famille

La moitié des médecins interrogés rapportent et déplorent un manque de communication avec l'équipe de l'HAD. Pour certains, c'est surtout lors de la mise en route de l'hospitalisation à domicile, car ils sont prévenus trop tardivement ou mis devant le fait accompli :

- << Il faudrait qu'ils nous mettent au courant beaucoup plus tôt >> ainsi que << Déjà au moment où on décide de l'HAD ça serait bien qu'on ait un peut être euh un échange ne serait-ce que téléphonique avec l'équipe de l'HAD avant même que la décision soit prise >> (M5) , << Ce qui peut bloquer c'est si on ne nous tient pas au courant et que vous soyez effectivement mis devant le fait accompli >> (M6).

Certains déplorent le fait de n'avoir aucun contact avec les médecins de l'HAD où de ne pas réussir à les joindre en cas de besoin :

- << On ne voit jamais les médecins (...) le médecin pour moi c'est un pur administrateur >> (M4), << Je n'ai jamais vu de visu ou au téléphone le responsable médical du service HAD >> (M10) , << Il m'arrivait plusieurs fois d'avoir euh de demander à parler au médecin de la HAD et euh et puis ils ne

sont pas forcément joignables au moment où j'avais besoin de lui >> ainsi que << Difficile à joindre et quand on leur parle d'une situation, ils n'ont pas l'air d'être au courant >> (M5).

Un autre médecin dit avoir été surpris de voir qu'un bilan biologique avait été demandé par un des médecins de l'HAD et qu'il n'a pas été mis au courant :

- << L'HAD a déjà mis une biologie de contrôle et j'étais pas du tout au courant >> (M7).

Pour d'autres, l'équipe de l'HAD devrait mieux informer le patient et sa famille sur le déroulement d'une prise en charge en hospitalisation à domicile, pour favoriser leur compréhension et leur adhésion :

<< On ne leur a pas expliqué vraiment ce que c'était la HAD au patient ou à la famille (...) quand on arrive un petit peu à la phase finale, là c'est la panique >> (M6), << Pour certaines personnes au QI un peu ras moquette (...) dès que ça commence à tourner au vinaigre, hop on voudrait s'en débarrasser (...) ils ne savent pas toujours que l'HAD évite aussi des hospitalisations répétées >> (M2).

4.5.9. Les contraintes logistiques

Lorsqu'un patient est pris en charge en hospitalisation à domicile, les traitements sont délivrés par la pharmacie de l'HAD. Ce procédé peut être pratique mais peut aussi devenir une contrainte lorsque le patient a besoin d'un traitement rapidement. Certains médecins ont donc dû trouver une combine pour avoir accès aux traitements sans attendre la délivrance par l'HAD :

- << Il fallait passer forcément par l'HAD pour changer de traitement puisque c'est leur pharmacie qui distribuait les médicaments, en fait le temps qu'on ait accès à ces traitements là via l'HAD était beaucoup trop long ce qui fait qu'on

est quand même passé par la voie classique d'aller en pharmacie récupérer des choses, des morphiniques par exemple >> (M5).

- << Ce qui est limitant c'est l'accès aux médicaments. Parce qu'il faut attendre que l'HAD livre le matériel ou les médicaments, donc ça peut être embêtant >> (M11).

4.5.10. La réticence des infirmières libérales

Concernant les limites à l'utilisation de l'HAD, beaucoup de médecins interrogés ont fait part de la réticence des infirmières libérales :

- << Je sais que les infirmières ne supportent pas l'HAD >> (M4), << Les infirmières libérales pour elles c'est une plaie, c'est vraiment une plaie >> (M5).

Certains rajoutent que cette réticence proviendrait d'un manque de rémunération des infirmières libérales par l'HAD :

- << Ce sont les infirmières libérales qui ne veulent pas travailler avec l'HAD >> en rajoutant << C'est un forfait journalier et ben ils travaillent de trop ou ils ne travaillent pas trop : ils sont payés pareil >> (M7), << Certaines infirmières ralentissent >> et rajoute << On m'a dit que les actes étaient moins côtés donc question de pognon, question d'argent >> (M11).

4.5.11. Aucune

En posant la question des limites à l'utilisation de l'HAD, deux médecins n'en ont pas cités :

- << En tout cas les limites on n'a pas atteint mes limites et les limites de l'HAD je ne les ai pas vu aujourd'hui donc non >> (M3), << Il n'y en a pas >> (M9).

4.6. Ressenti personnel sur l'HAD

Concernant la question du ressenti général lors des prises en charge en HAD, les avis sont assez variés et peuvent diverger sur certains points.

4.6.1. Ressenti positif

Beaucoup de médecins interrogés saluent le concept d'hospitalisation à domicile :

- << Ecoutez, moi je suis à l'aise >> (M2), << Si ça reste aussi réactif avec des possibilités d'hospitalisation facile, ya rien à dire >> (M3) , << Le concept HAD j'adore, vraiment j'aime bien c'est .. ça me permet un peu de faire plus de choses à domicile en médecine de ville >> (M7).

Et se sentent à leur place pour accompagner le patient après une sortie d'hospitalisation conventionnelle :

- << J'ai forcément ma place puisque je continue à voir le patient donc quelque part c'est intéressant, dans le sens où le patient peut être suivi à domicile et on peut avoir une approche du soin personnalisée via les infirmières qui ont l'habitude, via le médecin>> (M5) , << Alors la place oui (...) on sent bien oui que c'est à l'intervenant local et puis c'est un petit peu mon job à moi d'accompagner mon patient tu vois >> (M8).

4.6.2. Ressenti mitigé

Certains médecins ont du mal à se positionner car il y a beaucoup d'intervenants au chevet du patient, et qu'ils n'y sont pas habitués :

- << On ne sait jamais comment se positionner parce que alors on appelle les patients, est ce qu'on repasse, est-ce qu'on ne repasse pas, est-ce que vous

voulez qu'on vienne .. ah oui mais bon les infirmières sont déjà venues >>

(M6) , << Quand on fait appel à eux, on s'efface quand même un peu >> (M9).

Un autre rapporte son intérêt pour l'HAD mais a du mal à concilier son travail au cabinet médical avec le suivi des patients à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile :

- << L'HAD c'est pas que ça ne m'intéresse pas, c'est que c'est difficile. Je pense vraiment que le mot c'est que c'est difficile, c'est difficilement compatible avec l'exercice d'un médecin généraliste classique>> ainsi que << Je trouve ça très noble et je trouve ça à la limite, bien que ce soit le médecin de famille qui accompagne cette partie là mais c'est vraiment difficilement compatible>> (M8).

Sans que cela soit gênant pour elle, une médecin rapporte être à disposition de l'équipe de l'HAD mais ne pas avoir l'impression d'avoir un rôle clé dans ce type de prise en charge :

- << On n'est pas le rôle fondamental vous voyez ce que je veux dire (...) nous on n'est pas vraiment décisionnel en fait aussi dans tout ça. Moi j'ai pas l'impression d'avoir .. je ne suis pas un élément clé de l'HAD en fait vous voyez >> (M6).

4.6.3. Ressenti négatif

Quelques médecins ont du mal à adhérer au principe de l'hospitalisation à domicile de leur patient :

- << Les libéraux ont vraiment l'impression d'être pris pour des billes >> (M10).

Il y a même un médecin qui préférerait que l'HAD n'existe pas :

- << La meilleure chose que l'HAD a à faire c'est de disparaître >> en comparant l'HAD à << une espèce de dinosaure post soviétique >> (M4).

4.7. Avis concernant un complément d'informations sur l'HAD

4.7.1. Avis favorable

La plupart des médecins interrogés disent qu'ils ont déjà quelques connaissances sur l'HAD mais semblent plutôt favorables à un complément d'informations sur l'hospitalisation à domicile :

- << Pourquoi pas une piqûre de rappel de temps en temps >> (M2) , << On croit tout savoir ce qui n'est jamais vrai, il y a toujours à apprendre >> (M3) , << J'ai l'impression d'avoir pas mal d'éléments déjà mais peut être que j'en ai pas suffisamment >> (M5) , << Oui pourquoi pas, pour voir tout ce qu'on peut mettre en place éventuellement >> (M11).

Concernant le support d'information, tous n'ont pas la même préférence :

- En face à face, au cabinet médical si possible
- << Quelqu'un qui vient m'en parler >> (M1), << Ca pourrait être intéressant que de temps en temps on puisse rencontrer la cadre de la HAD (...) c'est toujours mieux quand ces choses sont personnalisées >> (M5).
- Lors d'une réunion / FMC
- << Plutôt réunion c'est plus sympa >> (M11), << Ben la FMC l'intérêt c'est quand tu .. quand tu t'y présentes tu peux interagir par rapport au discours, tu peux poser des questions >> (M3).
- Via une plaquette ou une brochure
- << Une plaquette avec une brochure >> (M7), << un courrier ou une plaquette bien sûr >> (M8).

4.7.2. Avis plutôt défavorable

De rares médecins ne jugent pas utile d'avoir des informations supplémentaires sur le fonctionnement et les indications de l'HAD :

- << J'ai pas besoin d'être formé sur une HAD >> (M10).

4.8. Suggestions et axes d'amélioration

En fin d'entretien, les médecins ont été interrogés sur d'éventuelles améliorations à apporter pour la prise en charge des patients en HAD. Parmi les idées citées on note :

- L'ajout d'un mémo, d'un document simplifié
 - << Il manque peut être une sorte de mode d'emploi pour le médecin généraliste >> en proposant << un petit mémo oui mais qui serait dans le dossier >> (M1).
 - << Une plaquette récapitulative avec, bon les indications d'accord mais surtout pour le côté réseau tu sais, avec les intervenants, tous les numéros de téléphone >> (M8).
- Ou la création d'une plateforme informatique
 - << Ou alors un support informatique avec des copies, enfin des copies d'écran sur il faut remplir ça ça ça.. >> (M1).
- Favoriser les échanges entre le généraliste et l'HAD
 - << Je pense qu'il faudrait arriver à multiplier .. à multiplier en fait les échanges euh alors même si c'est pas toujours un médecin lui même, ça peut être une équipe infirmière >> (M5).
- Pourquoi pas en développant une messagerie sécurisée

- << Peut être qu'il faudrait une espèce de transmission par messagerie sécurisée mais facilement accessible sur un portail, facilement avec une application par exemple >> (M7).
- Donner accès à certaines prescriptions, améliorer la délivrance des médicaments
- << Nous donner accès à certaines prescriptions dont on aurait besoin >> (M4)
- << L'histoire des médicaments, c'est vrai que quand il faut quelque chose de simple, voilà si la personne fait une infection qu'on peut traiter nous, c'est un petit peu embêtant de faire venir exprès les médicaments de la pharmacie de Sarrebourg >> (M11).
- Accélérer le paiement des médecins généralistes ou mieux les rétribuer
- << Il pourrait nous mettre un forfait déjà, un forfait en plus du paiement à l'acte >> ou encore << Lorsque le type rentre en HAD ou lorsqu'il en sort, il y a un forfait à verser au généraliste >> (M10).

5. Discussion

Pour rappel l'objectif de cette étude est de savoir quelles sont les connaissances, attentes et limites des médecins généralistes du secteur limitrophe d'Alsace/Moselle lorsqu'ils ont recours à l'HAD.

5.1. Pertinence de ce sujet

La population française vieillit et ne va cesser de croître avec en 2040 selon l'INSEE, un habitant sur quatre qui aura 65 ans ou plus. Toujours d'après les projections de l'INSEE, il y aura 76.5 millions d'habitants en France en 2070 et la hausse de la population concernera en grande partie les personnes âgées de 65 ans ou plus (23). De plus, aujourd'hui, 16% de la population est atteinte de maladies chroniques, pourcentage qui va augmenter jusque 19% de la population en 2040 selon la Direction Générale du Trésor (24).

Nous savons aussi que les Français souhaitent être soignés chez eux. Et selon un sondage de l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique), 81% des Français souhaitent mourir chez eux mais environ un quart sont réellement décédés à domicile (25).

Dans le même temps, l'offre de soins hospitaliers diminue et les durées de séjours raccourcissent.

Toutes ces informations semblent rendre indispensables le développement de l'hospitalisation à domicile, qui a connu un essor important au début des années 2000 (7). Néanmoins l'HAD ne représente aujourd'hui qu'une petite part de l'offre hospitalière, soit 0.45% des séjours d'hospitalisation complète(4).

5.2. Les forces de cette étude

Le choix de la méthode qualitative avec utilisation d'entretiens semi dirigés était pertinent pour répondre à notre problématique. Grâce à des questions ouvertes, cette méthode a permis de recueillir des données assez vastes sur la représentation et les connaissances des médecins généralistes concernant l'hospitalisation à domicile. Ceci a aussi permis de les interroger sur les avantages et les limites à avoir recours à ce type d'hospitalisation ; ainsi qu'une expression plus spontanée de leur ressenti général et des éventuelles suggestions d'amélioration. Les médecins interrogés ont pu s'exprimer plus librement.

De plus, le fait de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des données, entraîne un renforcement de la validité externe de l'étude.

5.3. Les faiblesses de l'étude

Parmi les biais que l'on peut citer on note :

- Un *biais de sélection*. Comme pour toute étude qualitative, il existe un biais de sélection dans le recrutement des médecins car il n'y a pas eu de tirage au sort. Dans cette étude, certains médecins ont été contactés parce qu'ils étaient connus de la personne qui a mené les entretiens. D'autres médecins ont été contactés sur la suggestion d'autres médecins précédemment interrogés. Par ailleurs, certains médecins qui ont refusé l'entretien auraient peut être donné d'autres réponses.
- Un *biais d'information*. D'une part, parce que c'est la première fois que l'auteur menait des entretiens semi dirigés donc il a pu y avoir un biais de subjectivité. Pour réduire ce biais, un entretien test a été fait et des questions ouvertes ont été posées mais elles ont quand même pu orienter les réponses de certains

médecins généralistes. D'autre part, comme les études qualitatives sont soumises à une certaine subjectivité, il peut y avoir une interprétation personnelle des entretiens. Et comme l'analyse et l'interprétation des données a été effectuée par la même personne, un biais d'interprétation ne peut pas être écarté.

5.4. Interprétation des résultats

5.4.1. Connaissances générales de l'HAD

Représentations de l'hospitalisation à domicile :

Concernant les représentations de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes, on retrouve essentiellement la notion de lourdeur de prise en charge. Il y a également une comparaison qui est faite avec l'hospitalisation conventionnelle ; les médecins sont contents d'avoir accès à plus de moyens et de thérapeutiques grâce à l'HAD.

Modes d'admission en HAD :

La majorité des médecins interrogés rapportent que les admissions en HAD se font majoritairement après une hospitalisation conventionnelle. C'est également ce qui est rapporté dans le rapport d'activité 2019/2020 de la FNEHAD avec 64% de patients qui entrent en HAD via l'hôpital.

Néanmoins, certains médecins demandent une hospitalisation à domicile de leur propre initiative. Toujours d'après le rapport de la FNEHAD, 36% des séjours en HAD sont initiés à partir du domicile et il est rapporté que plus de 4 séjours sur 5 initiés à partir du domicile du patient permettent réellement d'éviter une hospitalisation conventionnelle(20).

7 médecins, sur les 12 qui ont participé à l'étude, n'ont jamais prescrit d'HAD, que ce soit parce qu'ils estimaient que c'était trop contraignant, qu'ils n'y avaient pas pensé ou qu'ils jugeaient préférable de faire admettre le patient en milieu hospitalier. Concernant la prescription d'une HAD par le médecin généraliste, les résultats des différents travaux divergent. Certains, comme celui du Dr MONTMARTIN en 2016 note que 51% des médecins de l'étude ont déjà prescrit une HAD (26) soit environ un médecin sur deux. Le Dr GREMILLET, dans sa thèse faite en 2019 à l'aide de focus groupe, rapporte que la plupart des médecins généralistes présents sont peu à l'initiative d'une prescription d'HAD (27).

Indications de prise en charge :

Dans notre étude, les principales indications de l'HAD sont des prises en charge dans le cadre de soins palliatifs puis pour des plaies complexes. On retrouve de manière moins fréquente, une hospitalisation à domicile pour la prise en charge de la douleur / suite à des hospitalisations conventionnelles répétées / ou encore pour des patients vivant en EHPAD. La fréquence élevée de prise en charge en HAD dans le cadre de soins palliatifs et de fin de vie est également retrouvée dans de nombreuses études (28–30). Dans la thèse réalisée par le Dr DERACHE en 2014 (29), le premier motif de soins motivant une demande d'HAD par les médecins généralistes est également les soins palliatifs, avec des patients présentant une altération de l'état général ou en fin de vie. La prise en charge en soins palliatifs comporte souvent un accompagnement psycho-social, un traitement de la douleur et des soins de nursing lourds.

Dans le rapport de la FNEHAD (20), les soins palliatifs représentent $\frac{1}{4}$ des prises en charge en HAD mais concernant les modes de prise en charge, il y a d'abord les pansements complexes et soins spécifiques (28.1%) puis les soins palliatifs (25.4%). Pour revenir au lien entre l'HAD et les EHPAD, peu de médecins ont rapportés une prise en charge en HAD chez des patients vivant en EHPAD mais il faut savoir que l'utilisation d'une hospitalisation à domicile en EHPAD n'est possible que depuis 2007 (31) donc la collaboration entre l'HAD et les EHPAD est encore peu connue.

Echanges d'informations :

L'échange d'informations entre les médecins généralistes et l'équipe de l'HAD se fait via trois grands modes de communication que sont le dossier patient laissé à son domicile, le téléphone et l'email. Les médecins interrogés sont plus ou moins satisfaits de la qualité et de la fréquence de ces échanges, nous y reviendrons dans un paragraphe ultérieur.

Modes de sortie de l'HAD :

Concernant les modes de sorties des patients de l'HAD, dans cette étude, il s'agit essentiellement du décès du patient ou de la fin de la prise en charge. Selon le rapport d'activité 2019/2020 du FNEHAD (20), il y a effectivement le décès du patient dans 14% des cas, le maintien au domicile du patient dans 55% des cas mais aussi une hospitalisation conventionnelle dans 31% des cas, motif qui a très peu été rapporté par les médecins de cette étude.

5.4.2. Les avantages à l'utilisation de l'HAD

Il existe des avantages pour le médecin généraliste mais aussi pour le patient et sa famille.

- Avantages pour le médecin généraliste :

La plupart des médecins soulignent la pluridisciplinarité de la prise en charge. En effet, encore beaucoup de médecins généralistes exercent seuls contrairement aux médecins hospitaliers qui sont entourés d'une équipe médicale et paramédicale. Pour les médecins interrogés, le travail d'équipe apporte des connaissances et des compétences supplémentaires qui leur sont bénéfiques. Plusieurs études rapportent cette pluridisciplinarité de la prise en charge comme un des meilleurs avantages pour le médecin généraliste lorsqu'un patient est en HAD (27,33) ; le travail d'équipe apporte un réel soutien aux généralistes, d'autant plus que les prises en charge sont souvent complexes.

La pluridisciplinarité impose une communication adéquate entre les différents partenaires de soins pour permettre un bon échange d'informations. L'article 64 du Code de Déontologie stipule que les médecins qui collaborent ensemble doivent se tenir informés mutuellement et assument leurs responsabilités personnelles, tout en veillant à l'information du patient (34).

Les thérapeutiques auxquelles les médecins ont accès grâce à l'hospitalisation à domicile sont aussi soulignées. En effet par exemple, les pompes à morphine, les antibiotiques à administrer en intra veineux ou même tout simplement le paracétamol injectable ne sont pas disponibles en pharmacie d'officine et sont parfois indispensables à la prise en charge des patients à domicile. Ceci fait très souvent partie des attentes soulignées par les médecins généralistes, comme dans l'étude du Dr MONTMARTIN où 96% des médecins interrogés ont répondu vouloir avoir accès aux thérapeutiques hospitalières comme le midazolam et la pompe à morphine (26)...

Enfin, certains médecins sont satisfaits du lien qui se crée avec l'hôpital car ils soulignent que lorsqu'un de leur patient est en HAD, ils peuvent plus facilement

solliciter l'avis d'un médecin hospitalier en cas de doute et de questionnement et peuvent plus facilement réhospitaliser le patient si la prise en charge à domicile n'est plus suffisante. D'ailleurs, dans la circulaire n°DHOS/03/2006/506 de 2006, il est stipulé que les établissements d'hospitalisation complète doivent s'engager à réadmettre au minimum, sans délai et dans le même service un patient transféré d'une HAD (35).

➤ Avantages pour le patient et ses proches :

Finalement, la plupart des médecins interrogés voient plus d'avantages pour le patient et leurs proches que pour eux-mêmes lors d'une hospitalisation à domicile.

Les deux principaux avantages cités sont le côté rassurant et sécuritaire avec l'encadrement des patients et de leur famille par toute une équipe disponible et à l'écoute. Les équipes d'HAD proposent également un accompagnement psychosocial surtout bénéfique lors des situations de fin de vie, avec un soutien moral procuré au patient et son entourage.

L'autre avantage indéniable est le maintien du patient chez lui, dans un environnement qui lui est familier. Le fait de rester à domicile permet d'éviter les infections nosocomiales ainsi que la désocialisation, sans oublier le syndrome de glissement fréquent lors des hospitalisations prolongées (36).

Certaines études ont interrogé des patients pour savoir s'ils préféreraient être pris en charge à l'hôpital ou à domicile et sur ce qu'ils avaient à dire concernant leur prise en charge en HAD. En conclusion, les patients sont plus satisfaits d'une prise en charge en hospitalisation à domicile et l'on retrouve les deux principales raisons qui sont l'environnement familial avec la présence de leurs proches ainsi que la proximité des patients avec l'équipe soignante (37,38).

5.4.3. Les freins à l'instauration d'une HAD

Plusieurs freins ont été cités par les médecins interrogés. Une des limites qui a été la plus souvent citées concerne le **côté administratif**, que ce soit pour l'instauration ou la modification d'un traitement ou que ce soit à cause du dossier patient au chevet du malade qui est jugé illisible ou trop complexe à utiliser. Ceci est également évoqué dans la thèse du Dr GREMILLET, où il est rapporté une lourdeur administrative avec des règles à respecter, comme la tenue du dossier médical à domicile qui n'est pas très pratique avec plusieurs feuilles de prescriptions médicales où il est difficile de s'y retrouver (27).

L'autre grande limite est la **disponibilité** que doit avoir le médecin généraliste. Ceci a freiné certains médecins lorsqu'ils devaient donner leur accord pour la prise en charge en HAD. En effet, de plus en plus de médecins généralistes fonctionnent uniquement sur rendez-vous et/ou ne font plus de visites à domicile, alors qu'en HAD il faut passer régulièrement au domicile du patient et le temps de visite est parfois long. En 2001, la France était le pays européen dans lequel il y avait le plus de visites à domicile mais ce nombre est passé de 77 millions à 22 millions en 2016, avec une part de visite à domicile qui représente environ 5% du nombre total d'actes effectués de nos jours (39).

Contrairement à certains médecins qui sont contents de la prise en charge pluridisciplinaire de leur patient, d'autres ont **du mal à trouver leur place** et ne se sentent pas à l'aise. Ils ne se sentent pas acteur et estiment être au service de l'équipe de l'HAD et non l'inverse. La difficulté de positionnement du médecin dans la prise en charge en HAD est aussi rapportée dans d'autres études ; notamment concernant la coordination médicale avec le médecin coordonnateur et/ou le médecin hospitalier mais aussi pour la prise de décision ou encore la transmission

d'informations (40). Or, le médecin traitant est un des acteurs principaux dans ce type de prise en charge, il semble essentiel que sa place soit réexpliquée aux médecins généralistes.

Concernant la **rémunération** des médecins généralistes, si pour la plupart cela ne pose pas de problème, d'autres en revanche sont exaspérés et ne veulent plus signer d'HAD suite au retard de paiement dont ils font l'objet.

Toujours concernant la rémunération en HAD, beaucoup de médecins rapportent une méfiance et une **réticence des infirmières libérales** lorsqu'un patient est pris en charge en hospitalisation à domicile. En effet, plusieurs médecins affirment que les IDE libérales sont moins bien rémunérées car il s'agirait d'un forfait journalier et non d'un paiement à l'acte.

Quelques autres thèses ont soulevé la même problématique(28,33), mais plus souvent du fait de soins lourds et chronophages que du fait d'une moins bonne rémunération.

Dans cette prise en charge pluridisciplinaire, **la problématique de la communication** est quasiment citée par l'ensemble des médecins interrogés. Un manque de communication est pointé du doigt, que ce soit en amont pour avertir le médecin généraliste d'une sortie de son patient en hospitalisation à domicile ou encore lorsque le généraliste souhaite échanger avec un des médecins coordonnateurs de la structure d'HAD. Là encore, d'autres études font état de la même problématique or, depuis plusieurs années maintenant le << virage ambulatoire>> sert d'ambition aux politiques de santé en France. Ce virage ambulatoire signifie le passage d'un système hospitalo centré à un système où les équipes de soins primaires sont les coordonnateurs entre les structures de ville et les établissements hospitaliers. Dans le cadre de cette politique qui vise à trouver des

alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, l'intervention coordonnée et la coopération entre professionnels est une nécessité(28,33,41,42).

Parmi les autres freins à l'utilisation d'une HAD, il y a **la dépendance hospitalière** avec certains médecins qui jugent la sortie des patients de l'hôpital en HAD trop prématurée.

En lien avec cette attache hospitalière, certains critiquent la **problématique de délivrance des médicaments** ; ce qui est moins souvent retrouvé dans les études antérieures. Le problème vient du fait que lorsque le médecin modifie une prescription, il faut attendre que la pharmacie de l'hôpital livre le traitement au domicile du patient. Cela peut être un avantage pour le patient qui n'a pas besoin de se déplacer en officine mais parfois cela peut également susciter une incompréhension de la part du patient et du médecin généraliste lorsqu'il y a un besoin rapide et urgent de ce traitement.

5.4.4. Avis concernant une éventuelle formation sur l'HAD

La moitié des médecins interrogés sont favorables à un complément d'informations ; que ce soit au cabinet médical pour une information plus personnalisée ou lors d'une réunion pour favoriser les échanges entre professionnels ou même via une brochure ou un prospectus. Dans l'étude du Dr LE GOFF il s'agit même de 68% des médecins interrogés qui seraient favorables à des compléments d'informations sur l'HAD, principalement par mail (43).

Il semble donc primordial de continuer régulièrement à informer les médecins généralistes des différentes indications de prise en charge des patients en hospitalisation à domicile ainsi que les modalités de prise en charge, pour les encourager à prescrire une HAD sans forcément passer par une hospitalisation conventionnelle.

Il serait également judicieux d'expliquer le principe d'une HAD aux étudiants en médecine et d'informer les médecins généralistes avant même leur installation car pendant notre formation, nous n'avons que peu d'informations sur ce mode de prise en charge.

5.4.5. Les améliorations évoquées pour optimiser la prise en charge

La plupart des médecins généralistes de cette étude ont fait part de suggestions pour rendre plus facile et attractif la mise en place d'une hospitalisation à domicile.

Les quatre grands axes d'amélioration sont :

- Une **meilleure information** : avec la création d'un mémo à laisser dans le dossier papier du patient ou l'élaboration d'une plaquette avec les numéros de téléphone pouvant être utiles ont été proposés. Un médecin a même proposé la création d'une messagerie sécurisée pour permettre le partage d'informations. En amont, l'étude effectuée par Dr CROTET et Dr JEHENNE propose de parler de l'HAD dès les premières années d'études de médecine, et de proposer d'avantage l'HAD comme terrain de stage (32) ;
- Une **meilleure communication** entre partenaires de soins : la multiplication des échanges est indispensable, que ce soit lorsque le patient entre en HAD mais aussi tout au long de sa prise en charge à domicile ;
- Une **délivrance plus facile des médicaments** : lorsqu'un traitement doit être instauré rapidement pour le patient, les médecins souhaitent pouvoir se le procurer à l'officine la plus proche plutôt que d'attendre la livraison par la pharmacie de l'hôpital ;
- Une **meilleure valorisation des visites et des soins effectués à domicile** : que ce soit pour les médecins généralistes lorsqu'ils se rendent au domicile

du patient, avec la suggestion d'un forfait à verser au médecin lorsque son patient entre ou sort d'une HAD en plus du paiement à l'acte. Ou que ce soit une meilleure rémunération des IDE libérales lorsqu'elles effectuent des soins chez un patient en HAD.

6. Conclusion

Face au <<virage ambulatoire >> qui est un axe important de notre politique de santé avec la volonté de passer à 70% d'actes en ambulatoire à l'horizon 2022, l'hospitalisation à domicile semble un mode d'exercice très intéressant. Mais actuellement l'HAD reste encore sous utilisée et mérite d'être développée davantage. Il ressort des entretiens que nous avons réalisés auprès de 12 médecins généralistes que la plupart des médecins sont informés du principe de l'hospitalisation à domicile mais ne prennent pas l'initiative d'en prescrire une.

Parmi les avantages d'une prise en charge en HAD, il y a indéniablement la pluridisciplinarité de la prise en charge ainsi que l'aide et l'apport de compétences et de thérapeutiques hospitalières. Mais les médecins interrogés soulignent surtout les avantages pour le patient qui peut rester à domicile, dans un environnement sécurisant, entouré de sa famille avec un passage régulier de professionnels de santé.

Les grands freins à l'instauration d'une HAD semblent être la complexité administrative, le défaut de communication entre professionnels et une difficulté à trouver sa place dans ce type de prise en charge. La disponibilité requise surtout en terme de passage à domicile, le retard de paiement et le paiement peu avantageux pour les IDE libérales sont aussi évoqués, de même que la délivrance des médicaments qui tarde parfois.

Plusieurs axes d'amélioration ont été évoqués par les médecins interrogés qui soulignent la nécessité d'avoir un mémo ou un support informatique pour récapituler les indications et les démarches à effectuer lors de l'initiation d'une HAD, et d'assurer une meilleure coordination avec les différents acteurs du domicile et une meilleure communication entre partenaires de soins. Il semble également pertinent de mieux

informer la population des bénéfices de l'HAD, pourquoi pas via une campagne nationale. Et concernant l'aspect financier, il semble nécessaire d'accélérer le paiement des généralistes et de réfléchir à une meilleure rétribution des infirmières libérales.

VU

Strasbourg, le 16/09/2021

Le président du jury de thèse

Professeur Thomas VOGEL



VU et approuvé

Strasbourg, le 04 OCT. 2021

Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA



7. ANNEXES

7.1. Annexe 1 : Indice de Karnofsky

INDICE DE KARNOFSKY

| | | |
|--|-------|---|
| Capable de mener une activité normale | 100 % | normal, pas de signe de maladie |
| | 90 % | peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome |
| | 80 % | peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome |
| Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire | 70 % | peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler |
| | 60 % | nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome |
| | 50 % | nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome |
| | 40 % | handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers |
| Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent | 30 % | sévèrement handicapé, dépendant |
| | 20 % | très malade soutien actif, absence totale d'autonomie |
| | 10 % | moribond, processus fatal progressant rapidement |

7.2. Annexe 2 : Guide d'entretiens semi dirigés

Bonjour, je suis Marie-Eva WENDLING, actuellement interne en Médecine Générale.

Merci de me recevoir et de prendre du temps pour cet entretien.

Mon sujet de thèse concerne le lien entre l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et les médecins généralistes du secteur limitrophe d'Alsace/Moselle ; et plus particulièrement ici les médecins généralistes exerçant dans le secteur couvert par l'HAD de Sarrebourg.

Le but de ma thèse est de faire un point sur les connaissances que vous avez sur l'HAD en général, mais aussi sur les attentes et les avantages que vous voyez à solliciter l'HAD pour vos patients, puis on finira sur un point concernant les limites/les freins éventuels et ce qui peut vous déranger lorsqu'un de vos patients est en HAD, pour essayer d'apporter des solutions et d'améliorer les choses.

L'entretien devrait durer entre 15 et 30 minutes en fonction de ce que vous aurez à dire et de nos échanges.

Avec votre accord oral, je vais enregistrer notre entretien avec mon portable pour pouvoir par la suite le retranscrire et en extraire les données.

L'anonymat et la confidentialité des données seront bien sûr respectés.

Est-ce que vous avez des questions avant de commencer ?

I. Questions administratives/générales

- Age :
- Durée d'installation :
- Zone d'exercice (village < 2000 habitants, bourg (entre 2000-5000 habitants), ville si > 5000 habitants) :
- Type d'activité (maison de santé, en association, seul) :

- Proportion de visites à domicile (en pourcentage) :

II. Connaissances de l'HAD par les médecins généralistes

- Parlez moi de vos connaissances sur l'HAD ? Que vous évoque une prise en charge en HAD ?

Relance : connaissez vous la procédure d'admission ?

- Avec quelle(s) équipe(s) d'HAD travaillez vous ?
- Avez vous déjà prescrit une HAD ?
- Parlez moi de la communication avec l'HAD ?

- Comment se passe la sortie de vos patients de l'HAD ?

III. Avantages et intérêt de l'HAD selon les généralistes

- Dans quelles situations/pour quelles indications pensez vous à solliciter l'HAD ?
- Selon vous, quelles sont les avantages d'une prise en charge en HAD (pour vous, pour le patient, et pour la famille) ?

IV. Limites et freins à l'utilisation de l'HAD

- Quels sont pour vous, les freins à l'utilisation de l'HAD et les limites que vous avez pu rencontrer ?

Relance : auriez vous un exemple concret à citer ?

- Selon vous, que faudrait t'il améliorer pour la prise en charge des patients en HAD à l'avenir ?

V. Ressenti général

- Que pouvez vous me dire sur votre ressenti lors des prises en charge en HAD ?

Relance : êtes vous à l'aise ? Avez vous l'impression d'avoir votre place ?

- Quel est votre avis concernant une éventuelle formation sur l'HAD ? (si favorable, sous quel format l'envisage t'il)
- Avez-vous autre chose à rajouter ?

8. Bibliographie

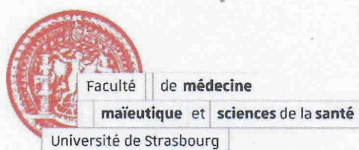
1. ARS. Hospitalisation à domicile (HAD) : définition et mise en place [Internet] ; 2018 [Cité le 21 août 2020]. Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-had-definition-et-mise-en-place>
2. HAS. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs [Internet] ; 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/algorithmes_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf
3. Sauvage D. Hospitalisation à domicile et médecins généralistes. Enquête réalisée dans le secteur d'activité de l'Hospitalisation à domicile de l'agglomération messine. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Nancy (FRA) : Université Henri Poincaré Nancy 1 ; 2010.
4. Durand N, Lannelongue C, Legrand P. Hospitalisation à domicile [Internet] ; 2010. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000664.pdf>
5. FHF. L'hospitalisation à domicile [Internet] ; 2015 [Cité le 23 Juin 2020]. Disponible sur : <https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/L-hospitalisation-a-domicile>
6. Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique [Internet] ; [Modifié le 26 Juillet 2005]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000726288/>
7. Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. Revue française des affaires sociales. 2005;(3):157-82.
8. BNDS. HAD, Hospitalisation à domicile – Définition. [Internet] ; [cité le 24 août 2020]. Disponible sur: <https://www.bnds.fr/dictionnaire/had.html>
9. Circulaire n° DH/EO2/2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile et son complément - APHP DAJ [Internet]. [cité le 24 août 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dheo22000-295-du-30-mai-2000-relative-a-lhospitalisation-a-domicile-et-son-complement/>
10. Circulaire DHOS/02/03/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs – Légifrance [Internet] ; [cité le 24 août 2020]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_5643.pdf

11. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
12. Circulaire DGOS/R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) – Ministère des affaires sociales et de la santé [Internet] ; [Cité le 24 août 2020]. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste_20130012_0000_0056.pdf
13. FNEHAD. Chiffres clés [Internet] ; [Cité le 23 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.fnehad.fr/chiffres-cles/>
14. FNEHAD. Rapport d'activité 2018-2019 [Internet] ; [Cité le 23 juin 2020]. Disponible sur : https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2019/11/FNEHAD_RA2018-19_web_pl.pdf
15. DGOS. L'hospitalisation à domicile - Ministère des Solidarités et de la Santé. [Internet] ; 2020 [cité le 23 juillet 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
16. Lelièvre N. Hospitalisation à domicile, mode d'emploi. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2009 Juin 1;10(3):148-53.
17. FNEHAD. Les métiers de l'HAD [Internet] ; [Cité le 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/les-metiers-de-lhad/>
18. HADAR. Service Hospitalisation À Domicile (HAD) - Organisation des soins [Internet] ; [Cité le 21 août 2020]. Disponible sur: <http://hadar.fr/had/had-organisation.html>
19. Aligon A, Com-Ruelle L, Renaud T. Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). Bulletin d'information en économie de la santé. 2003 Juin, n°67 :1-6.
20. FNEHAD. Rapport d'activité 2019-2020 [Internet] ; [Cité le 21 Juillet 2021]. Disponible sur : <https://www.fnehad.fr/2020/11/17/publication-du-rapport-dactivite-2019-2020/>
21. Generali. Hospitalisation à domicile : tout ce qu'il faut savoir [Internet] ; 2018 [Cité le 21 juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.generalis.fr/dossier/hospitalisation-domicile/>
22. ARS. Demande d'autorisation d'activité de soins de médecine en hospitalisation à domicile, Centre Hospitalier de SARREBOURG. 2019.
23. Insee. Population par âge – Tableaux de l'économie française. [Internet] ; 2018 [Cité le 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>

24. FNEHAD. Ensemble construisons l'hospitalisation de demain – Etat des lieux [Internet] ; [Cité le 24 aout 2020]. Disponible sur : <http://www.hospitalisationdedemain.fr/>
25. Bidart A, Paternostre B. Souhaits de la personne malade en situation palliative à domicile concernant les discussions anticipées sur le lieu de son décès. *Médecine Palliative*. 2020 Jul 15 ;19(5):255-263.
26. Montmartin A-F. Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille (FRA) : Université Lille 2 Droit et Santé ; 2016.
27. Gremillet A. Difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile: étude qualitative en focus groupe réalisée auprès des médecins généralistes du Var. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Marseille (FRA) : Université Aix Marseille ; 2017.
28. Larue V. << Enquête des atteintes des Médecins Généralistes du Couserans concernant l'utilisation de l'HAD.>> [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Toulouse (FRA) : Université Toulouse III ; 2017.
29. Derache Delavenne C. << Dans quelles circonstances les médecins généralistes ont t-ils recours à une hospitalisation à domicile>>. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Lille (FRA) : Université Lille 2 Droit et Santé ; 2014.
30. Cuny F. Vécu et ressenti des Médecins Généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile. Etude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Nancy (FRA) : Université Henri Poincaré, Nancy 1 ; 2010.
31. Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées - APHP DAJDP [Internet] ; [Cité le 6 avril 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso3dgas2c-n-2007-365-du-5-octobre-2007-relative-aux-modalites-dintervention-des-structures-dhospitalisation-a-domicile-dans-les-etablissements-d/>
32. Crotet R, Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile : étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble : un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD : un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Grenoble (FRA) : Université Joseph Fourier Grenoble ; 2011.

33. Audren E. Attentes et freins à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes en Bretagne : étude sur le secteur sanitaire N°3. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Rennes (FRA) : Université de Rennes 1 ; 2017.
34. Article 64 (article R.4127-64 du code de la santé publique)- Exercice collégial – Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet] ; [Cité le 6 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-64-exercice>
35. CIRCULAIRE N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile – Ministère de la Santé et des Solidarités [Internet]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf
36. Sentilhes-Monkam A. L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner. Paris: L'Harmattan; 2007.
37. Villette J. Evaluation du service rendu aux patients de l'HAD du Centre Hospitalier de Montauban. Enquête de satisfaction réalisée auprès de tous les patients de l'unité sur une période d'un an. [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Médecine]. Toulouse (FRA) : Université Toulouse III ; 2014.
38. Fried TR, Van Doorn C, O'Leary JR et al. Older Persons' Preferences for Home vs Hospital Care in the Treatment of Acute Illness. Arch Intern Med. 2000 May 22;160(10):1501–1506.
39. Grau R. La visite à domicile du médecin généraliste, pratique en voie de disparition - MACSF [Internet] ; 2020 [Cité le 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/visite-domicile-medecin-generaliste-pratique-voie-disparition>
40. Leung I, Casalino E, Pateron D, et al. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. Sante Publique. 2016 Oct 27; 28(4):499-504.
41. Gradt J-M. L'hôpital accentue son virage vers l'ambulatoire | Les Echos [Internet]. Octobre 2019 [Cité le 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/lhopital-accentue-son-virage-vers-lambulatoire-1140840>
42. DGOS_Michel.C. Parcours de santé, de soins et de vie – Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet] ;2021[Modifié le 04.03.2021 ; Cité le 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

43. Le Goff P. Etat des connaissances des médecins généralistes sur l'HAD du Pays de Vannes, motivations et freins à son recours en 2016. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Rennes (FRA) : Université de Rennes 1 ; 2016.



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 : WENDING

Prénom : Marie-Eva

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 05.07.2021

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

RESUME :

INTRODUCTION : L'HAD est une forme d'hospitalisation à part entière qui est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Elle permet une prise en charge pluridisciplinaire dont le médecin traitant est le pivot. L'objectif de ce travail est de mieux savoir quelles sont les connaissances des médecins généralistes sur l'hospitalisation à domicile, ainsi que leurs attentes et les freins quant à l'utilisation de l'HAD. Il s'agit d'un travail ciblé sur le secteur limitrophe d'Alsace/Moselle avec principalement l'HAD de Sarrebourg.

MATERIEL ET METHODE : il s'agit d'une étude qualitative menée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, réalisée auprès de 12 médecins généralistes. Chaque entretien a été enregistré pour être ensuite retranscrit sous forme de verbatims. L'analyse de cette étude qualitative a été faite par codage.

RESULTATS : concernant les connaissances des médecins généralistes et l'utilisation de l'HAD, beaucoup évoquent une prise en charge complexe chez des patients lourds. L'HAD est le plus souvent instaurée suite à une hospitalisation conventionnelle, dans le cadre de soins palliatifs ou de pansements complexes. Les médecins sont satisfaits de la pluridisciplinarité des soins et de l'accès à des thérapeutiques hospitalières. Quant aux patients, ils peuvent rester à domicile et sont entourés de leurs proches. Néanmoins, les médecins soulignent de nombreux freins à la prescription d'une HAD comme par exemple un manque de communication, des démarches administratives chronophages et un paiement retardé des visites effectuées à domicile.

CONCLUSION : Cette étude montre que l'HAD mérite d'être développée davantage, notamment en assurant une meilleure communication entre l'HAD et les intervenants libéraux. Une meilleure information des médecins généralistes et de la population ainsi qu'une meilleure rémunération des visites à domiciles pourraient favoriser ce mode de prise en charge.

Rubrique de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Hospitalisation à domicile, médecins généralistes, étude qualitative, étude des connaissances, attentes et freins

Président : Monsieur le Professeur Thomas VOGEL
Asseseurs : Monsieur le Professeur Laurent CALVEL
Monsieur le Professeur Associé Jean-Luc GRIES
Madame le Docteur Anne-Elisabeth PERRIN
Invité : Madame le Docteur Marie DICK

Adresse de l'auteur : 1^E rue de Saales 67000 STRASBOURG