

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2025

N° : 05

**THÈSE PRÉSENTÉE POUR
LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

Mohamed FALLANI

Né le 3 septembre 1992 à Schiltigheim

Identification des freins à la sollicitation d'une hospitalisation à domicile chez les médecins
généralistes Bas-Rhinois : étude qualitative auprès de 12 médecins.

Président de thèse : Pr. Jean-Christophe Weber

Directrice de thèse : Dr. Murielle Rondeau-Lutz



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

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

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

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS ^a	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRDô CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRDô CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRDô CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRDô NCS	- Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRDô CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRDô	- Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRDô NCS	- Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak	NRDô 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	NRDô CS	- Pôle Hépato-digestif 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	NRDô NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUEUX Rémy	NRDô CS	- Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRDô 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	RPô CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRDô NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô 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	NRDô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRDô 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	NRDô NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRDô CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRDô NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRD ⁰ CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRD ⁰ NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRD ⁰ NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRD ⁰ NCS	- Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRD ⁰ CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRD ⁰ NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRD ⁰ NCS	- Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRD ⁰ CS	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RD ⁰ CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRD ⁰ CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RD ⁰ CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RD ⁰ NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRD ⁰ CS	- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRD ⁰ NCS	- Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRD ⁰ NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRD ⁰ CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRD ⁰ CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / RTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRD ⁰ NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	- IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afahin	RD ⁰ CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRD ⁰ NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRD ⁰ NCS	- Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRD ⁰ CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ 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

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRD ⁰ CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RD ⁰ NCS	- Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRD ⁰ NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRD ⁰ NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRD ⁰ NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RD ⁰ CS	- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRD ⁰ CS	- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RD ⁰ 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
Mme KESSLER Laurence	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRD ⁰ CS	- Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRD ⁰ CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RD ⁰ NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRD ⁰ CS	- Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RD ⁰ CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRD ⁰ 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	NRD ⁰ NCS	- Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSIGNER Jean-Marc	RD ⁰ 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	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RD ⁰ NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRD ⁰ NCS	- Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRD ⁰ NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRD ⁰ CS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUMIEUX Laurent	NRD ⁰ 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

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRDô 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	NRDô NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	- Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRDô 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	NRDô NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRDô CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRDô CS	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRDô NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRDô CS	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRDô NCS	- Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRDô NCS	- Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRDô NCS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRDô NCS	- Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRDô CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
DELACCIA Thierry	NRDô NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRDô NCS	- Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRDô 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	CDP	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRDô NCS	- ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRDô 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	NRDô NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRDô CS	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRDô 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	NRDô NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRDô NCS	- Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRDô CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRDô 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	NRDô NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRDô CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRDô NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRD ^o NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRD ^o 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	RP ^o CS	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRD ^o CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRD ^o NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francia	NRD ^o CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRD ^o CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRD ^o NCS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRD ^o CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRD ^o NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STERHAN Dominique	NRD ^o CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRD ^o NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRD ^o NCS	- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRD ^o CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRD ^o CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRD ^o 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)
VIDAILHET Pierre	NRD ^o CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRD ^o 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	NRD ^o CS	- Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRD ^o CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRD ^o NCS	- 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	NRD ^o CS	- 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

RP^o : Pôle RP^o (Responsable de Pôle) ou NRD^o (Non Responsable de Pôle)

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

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRD ^o CS	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	- Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	- Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		- Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		- Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		- Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHAUD Amélie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		- Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme BRU Valérie		- 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		- Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERLINE Jocelyn		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		- Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		- 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		- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIANNINI Margherita		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• 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		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-DACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LEORMAIND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MISUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER	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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POD Raoul		• Pôle d'imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• 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)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / DTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / DTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
VALLAT Laurent		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / DTM HUS et Fac.	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZOG Florent
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	- Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	- Pôle de 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 Haute pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute pierre
Dr WAECHTER Cédric	- Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
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 septembre 2020 au 31 août 2023)**
 BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- 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)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 MOULIN Bruno (Néphrologie)
 PINGET Michel (Endocrinologie)
 ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCC Jéhan	49-05
Pr MASTELLU Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BARRESS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECHMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	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 (Génétiq.)/ 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARSCALX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARSCALX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGM/C) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique Méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERY Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Rheumatologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétiq.)/ 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
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSE Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WELLLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. Interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 89 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 Haute-pierre* : Avenue Mollère - 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'Escau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICAMS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 88 76 67 67

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

URC - 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

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe Weber, permettez-moi de vous exprimer toute ma gratitude et mes remerciements pour avoir accepté de présider mon jury de thèse. Votre présence dans ce jury et le fait que vous en soyez le président m'honorent profondément. Avoir été l'un de vos internes est un véritable honneur pour moi. J'ai pour vous un respect et une considération immenses.

À Madame la Docteure Murielle Rondeau-Lutz, je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accompagné tout au long de ce long périple avec une bienveillance sans faille. Vous êtes un exemple de professionnalisme et d'engagement, et je vous suis profondément reconnaissant pour tout ce que vous m'avez apporté, tant sur le plan scientifique qu'humain.

À Monsieur le Professeur Yves Hansmann, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter mes remerciements les plus sincères pour votre soutien et pour avoir accepté sans hésiter mon invitation à participer à ce jury. J'ai grandement apprécié travailler à vos côtés et je n'oublierai jamais vos qualités professionnelles et humaines.

À Monsieur le Docteur Laurent Petit, je vous remercie de m'avoir fait découvrir l'HAD au sein de votre établissement. Votre passion et votre engagement en faveur de cette approche sont l'une des raisons fondamentales de la naissance de ce travail. Merci également d'avoir accepté de juger ce dernier.

À ma maman, aucun mot ni aucune phrase ne saurait rendre justice à la gratitude et aux remerciements que je souhaite t'exprimer. Tu es pour moi un exemple inatteignable. Ce travail est aussi le tien, il est l'un des fruits de ta vie. Bien que tu nous aies quittés il y a quelques années, j'espère et je crois qu'une part de toi continue à vivre en nous et à travers ce travail. Paix à ton âme.

À mon papa, comme pour maman, il est impossible de te remercier à la hauteur de ce que tu représentes pour moi. Tu es mon père, mon ami, mon confident, mon enseignant, un modèle et bien plus encore. J'espère que ce travail te rendra fier.

À mes frères et sœurs, mes premiers modèles et amis, Merci. Merci pour votre soutien indéfectible, pour avoir été là pour moi pendant toutes ces années et pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci Fatima, pour ton courage et ta générosité. Merci Omar, pour ta présence et ton soutien. Merci Assmaa, pour ta bienveillance et ta grandeur d'âme. Merci Salsabila, pour ta bonté et tes attentions. À vos enfants, merci d'illuminer ma vie de joie et de bonne humeur.

À ma belle-mère, merci pour ce que tu nous as apporté, pour ta présence aux cotés de notre père et de nous tous.

À mes beaux-frères, merci pour votre soutien. Vous êtes des frères sur lesquels je sais que je peux compter et vous m'avez beaucoup apporté. Merci Brahim et Ishaq.

À mes amis d'enfance, Ismael et Neuman, Merci. Vous êtes là depuis les bancs de la maternelle. Nous avons traversé tant de choses ensemble, et notre fraternité en est toujours sortie plus forte. Merci pour tous ces moments partagés.

À mes co-internes, Merci. Omar, depuis la deuxième année jusqu'à aujourd'hui, un lien solide nous unit depuis les bancs du « grand amphi ». Merci pour tous les fous-rires, les moments de stress, de doute, de joie, de tristesse et les discussions passionnées. Que cette relation perdure à jamais. Merci aussi à la Dream Team Saverne-2403 Anis, Shiva, Paola et Anissa. Merci pour ces moments forts et pour cette belle relation.

À mes amis de la faculté de Pharmacie et particulièrement à Bryan, Merci pour nos débriefs au fond d'amphi, nos folies, nos TPs, nos présentations et bien d'autres choses. Je n'oublierai jamais toutes ces années.

À l'ensemble de mes maîtres, mes patients et à toutes personnes ayant contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui, merci.

Table des matières

Serment d’Hippocrate	13
Remerciements	14
Liste des abréviations	21
I. Introduction	22
1) Qu’est-ce que l’HAD ?	22
2) Historique	24
3) HAD en chiffres	29
4) HAD dans le Bas-Rhin	30
5) De la prescription à la mise en place	31
6) Fondements et problématique de la recherche	34
II. Matériel et méthode	39
1) Objectif	39
2) Choix de la méthode	39
3) Guide de l’entretien	39
4) Constitution de l’échantillon	41
5) Recueil des données	42
6) Analyse des données	43
III. Résultats	44
1) Caractéristiques de la population étudiée	44
2) Les entretiens	44

3)	Les médecins généralistes et le maintien à domicile complexe	45
a.	Une prise en charge pluridisciplinaire.....	45
b.	Les partenaires professionnels de santé de ville.....	45
c.	Les partenaires institutionnels : l'équipe mobile de soins palliatifs et l'équipe mobile de gériatrie.....	45
d.	Les dispositifs de coordination : Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) anciennement Plate-forme territoriale d'appui d'Alsace (PRAG), Communauté territoriale de Professionnels de Santé (CPTS), Maison de Santé et autres.....	46
e.	Les partenaires privées : prestataires à domicile.....	47
f.	Les médecins spécialistes.....	47
g.	L'HAD.....	47
h.	L'hospitalisation	48
i.	Les partenaires sociaux	48
4)	L'HAD vue par les médecins généralistes ?.....	49
a.	Les apports attendus d'une prise en charge en HAD	49
b.	Les indications de l'HAD.....	50
c.	Nature des soins proposés par l'HAD d'après les médecins traitants.....	52
5)	Le retour d'expérience des médecins	53
a.	Les avantages apportés par une prise en charge en HAD	53
b.	Les inconvénients et mauvais retour	55
6)	Les freins	58
a.	Une méconnaissance globale	58

b.	Complexité	59
c.	Rémunération	60
d.	Le frein des patients	61
e.	Les freins des infirmières	61
f.	Concurrence avec des structures et des modes de fonctionnement existantes	62
g.	Inadéquation à l'activité des médecins	62
h.	Des médecins prêts à se laisser convaincre	64
7)	Les pistes d'amélioration pour l'HAD	65
a.	La communication	65
b.	Besoin de simplification	66
c.	La place du médecin généraliste dans la prise en charge en HAD	67
8)	Les besoins des médecins généralistes	68
a.	Une pluridisciplinarité et une expertise	68
b.	Un soutien matériel	69
c.	Diminuer la charge de travail	69
d.	Assurer la continuité des soins	69
e.	Un intervenant unique	70
f.	Éviter l'hospitalisation du patient	70
IV.	Discussion	71
1)	Forces de cette étude	71
2)	Faiblesses de cette étude	72

a.	Biais de sélection.....	72
b.	Biais d'investigation.....	73
c.	Biais de recueil	73
d.	Biais d'interprétation.....	74
e.	Biais de fixation sur objectif	74
3)	La composition de notre panel	75
4)	Interprétation des résultats	76
a.	L'HAD n'est pas un réflexe.....	78
b.	La méconnaissance.....	79
c.	Les retours d'expérience	83
d.	Place du médecin généraliste dans la prise en charge	85
e.	Mauvaise communication	87
f.	Une HAD trop hospitalo-centrée, pas assez intégrée en ville	88
g.	Complexité	89
h.	Chronophagie	92
i.	Rémunération	93
j.	La réticence des infirmiers libéraux	94
k.	Le patient.....	95
l.	Des médecins prêts à se laisser convaincre	97
V.	Conclusion.....	98
VI.	Annexes.....	101

1)	Annexe 1 : Indice de Karnofsky.....	101
2)	Annexe 2 : Guide d'entretien	102
VII.	Bibliographie.....	103
VIII.	Déclaration sur l'honneur concernant le plagiat	112

Liste des abréviations

ADOPHAD : Algorithme d'aide à la Décision d'Orientation des Patients en Hospitalisation à Domicile.

ALD : Affection de Longue Durée

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COVID : Corona Virus Disease

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DAM : Délégué d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ODMCO : Objectif de Dépenses en Médecine, Chirurgie et Obstétrique

PRAG : Plateforme Régionale d'appui des Généralistes

SARS-COV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

VAC : Vacuum Assisted Closure

I. Introduction

1) Qu'est-ce que l'HAD ?

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un mode d'hospitalisation à part entière au sein du lieu de vie du patient ayant pour but de raccourcir, de retarder voire d'éviter une hospitalisation avec hébergement. Elle permet la prise en charge du patient dans sa globalité et vise à « assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » (1). Elle se débute sur prescription médicale quelle que soit la qualité du médecin prescripteur et à la suite de l'étude et de l'acceptation de la demande par la structure d'HAD et le médecin traitant, s'il est disponible.

Les établissements d'HAD ont une obligation de continuité de soins comme l'énonce le décret 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile. Ainsi, chaque établissement d'HAD se doit « d'assurer la continuité des soins sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année. Il délivre, pour chaque patient, des soins pendant une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient » (2).

Il s'agit de structures composées d'équipes pluridisciplinaires médico-sociales qui permettent une prise en charge du patient dans sa globalité. Elles assurent la coordination médicale et paramédicale de la prise en charge des patients en s'appuyant sur leurs propres ressources internes (service médical, service de soins, service social, pharmacie interne, service administratif, technique et logistique) et sur leurs partenaires externes (professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, équipes de soins palliatifs, bénévoles et interprètes). Elles n'ont pas pour but de remplacer le médecin traitant mais leur permettent d'apporter leurs expertises, notamment dans la coordination des soins. Le médecin traitant reste le référent médical principal du patient. Ainsi, son

accord doit être demandé avec toute prise en charge. Néanmoins, en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou si l'urgence de la situation le requiert, le médecin praticien en HAD peut être désigné médecin référent du patient et assurer le suivi médical du patient.

Les structures d'HAD assurent également la mise à disposition des médicaments et des dispositifs médicaux nécessaires à la bonne exécution des soins à travers leurs pharmacies internes et/ou leurs partenaires (pharmacies de ville, pharmacies hospitalières et prestataires spécialisés en soins à domicile).

Elles interviennent dans les lieux de vie des patients que ce soit à domicile ou au sein d'hébergements social ou médico-social (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, appartement de coordination thérapeutique, maison d'accueil spécialisée...).

Les établissements d'HAD jouent également un rôle social important. Avec plus de 249 assistants de service social en leur sein, les établissements d'HAD apportent également une aide administrative et sociale aux patients pris en charge avec, entre autres, l'évaluation des besoins, la mise en place d'aide à domicile, l'accompagnement dans la réalisation des demandes d'aides et de prestations sociales (3.4).

Les établissements d'HAD peuvent être de statut public, privé non lucratif, privé lucratif voir mixte. Ils peuvent être autonomes ou rattachés à un établissement de santé. Néanmoins, tous les établissements d'HAD doivent avoir accès en interne ou par convention à une structure avec une activité de réanimation, d'hospitalisation complète et de chirurgie afin de permettre le transfert du patient si nécessaire. Ils interviennent dans un territoire défini pour lequel ils ont une autorisation et dans lequel ils ont le monopole de l'activité HAD (2).

2) Historique

Le principe de l'hospitalisation à domicile à proprement parler a vu le jour aux États-Unis en 1947 au lendemain de la seconde guerre mondiale. Les hôpitaux américains faisaient face à une saturation de leurs services. Le professeur Bluestone décida alors de créer le « Home care » qui est la première structure d'hospitalisation à domicile au monde. Par cette structure, il a permis aux patients stables de pouvoir rentrer chez eux et de bénéficier de soins et de visites médicales à domicile de qualité similaire à celle des soins reçus à l'hôpital (5).

En France, c'est en 1951 que les premières études d'un « Home care » français sont menées. Le professeur Siguier lance « l'hospitalisation à domicile » à l'hôpital Tenon qui a vocation dans un premier temps à prendre en charge des patients en hématologie, chirurgie générale et urologie. En 1958, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) crée en son sein l'HAD de l'AP-HP qui était vouée à proposer une HAD dans l'ensemble du territoire dans lequel elle opérait. De son côté, le professeur Denois crée au sein de l'Institut Gustave-Roussy, le « Santé Service » à Puteaux qui est spécialisé dans l'HAD des patients atteints de cancer. Ces deux structures sont les embryons de l'hospitalisation à domicile en France et elles seront reconnues et conventionnées par la caisse primaire d'assurance maladie à partir de 1961 quelques années après leur création (6).

Le but premier de ces structures sera de libérer des places hospitalières en réduisant la durée des séjours mais également de permettre aux patients une meilleure qualité de vie avec un retour à domicile plus précoce. La France voit se multiplier les expérimentations à travers son territoire. Très vite apparaît une nécessité de reconnaissance mais également de structuration.

La reconnaissance viendra par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui définit l'HAD comme un prolongement d'une hospitalisation et instaure la condition de l'acceptation et de la participation à celle-ci par le médecin traitant (7). Les structures d'HAD vont se structurer entre elles et créent en 1973 la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile

(FNEHAD). Elle a pour rôle de faciliter les échanges entre structures, d'harmoniser les pratiques mais a aussi un rôle représentatif auprès des autorités et des partenaires.

Malgré ces efforts, une grande disparité persiste entre les différentes structures, cela motive la circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés du 24 octobre 1974 qui fixe les modalités d'HAD. Elle énumère une liste de pathologies qui peuvent être prises en charge, évoque la nécessité d'une hospitalisation préalable et limite le droit de prescription d'une HAD par un médecin hospitalier tout en rappelant le rôle central du médecin traitant dans la prise en charge. Elle définit également les critères nécessaires pour pouvoir avoir une activité d'HAD et le conventionnement de ces structures qui auront un financement proportionnel au nombre de jours d'hospitalisation (8).

La France connaît un ralentissement du développement de ce mode de prise en charge au début des années quatre-vingt. L'hypothèse principale étant une réticence des praticiens hospitaliers à prescrire une HAD car ils y verraient une concurrence à l'hospitalisation conventionnelle et la considéreraient moins qualitative. La seconde hypothèse évoquée est l'imperméabilité existante entre la médecine de ville et la médecine hospitalière dont l'HAD serait une victime. D'autant plus que pour les praticiens hospitaliers, l'HAD n'aurait pas permis de diminuer le nombre de lits occupés. Toutefois, elle a permis de raccourcir la durée des séjours et donc de libérer des lits pour d'autres patients. Les années quatre-vingt sont aussi celles des premiers cas d'infection à VIH induisant des besoins croissants de prise en charge et notamment à domicile (9).

Le ministère des Affaires Sanitaires et Sociales émet une circulaire le 12 mars 1986 afin d'élargir les critères de prise en charge et permet à tous types de pathologies d'être prises en charge en HAD en excluant les pathologies psychiatriques. Ainsi, les praticiens ne sont plus limités par une liste de pathologies prédéfinies. De plus cette circulaire permet également aux praticiens hospitaliers de prescrire une HAD à des patients non hospitalisés (10).

La loi du 31 juillet 1991, reconnaît officiellement l'HAD comme un moyen d'hospitalisation alternative. Elle introduit la notion de coordination de soins et crée la fonction de médecin coordinateur. Cependant, elle limite la création de places en HAD à la fermeture de lits d'hospitalisation dans les zones sanitaires excédentaires en lits hospitaliers et veut par ce biais limiter la création de place en HAD. Le but étant de répondre aux craintes des structures d'hospitalisations conventionnelles de voir l'HAD se développer à leur détriment. Les structures d'HAD y sont également obligées à une permanence et une continuité des soins. Enfin, les médecins non hospitaliers peuvent être prescripteurs d'HAD (11).

Le début des années 2000 marque un tournant majeur dans le développement de l'HAD dans notre pays avec une augmentation des structures et capacités de prise en charge. La circulaire du 30 mai 2000 souligne la nécessité de développer l'HAD et définit des critères d'éligibilité, souligne la nécessité de projet thérapeutique et de coordination des soins (12). Elle définit également le rôle du médecin coordinateur qui est le garant de la sécurité médicale de la prise en charge en HAD. Il s'agit également du coordinateur médical de la prise en charge du patient. Il doit s'assurer de la bonne transmission de l'information entre les praticiens intervenant dans la prise en charge du patient. La prise en charge en HAD y est décrite comme étant pluridisciplinaire et repose sur les ressources internes des équipes avec le concours de soignants externes à la structure si nécessaire. Ils seront rémunérés par la structure et coordonnés par une infirmière coordinatrice. Quant au médecin traitant, il y est décrit comme le référent médical du patient et son accord à la prise en charge en HAD est obligatoire. Cet accord garantit un partage des informations nécessaires à la prise en charge du patient avec la structure d'HAD mais également la disponibilité du médecin traitant à la prise en charge du patient à domicile.

Depuis, de multiples textes réglementaires ont permis d'élargir le lieu d'action des structures d'HAD. Dorénavant, elles peuvent agir dans les établissements d'hébergement des

personnes âgées et dépendantes et plus largement dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement (13,14). L'hospitalisation à domicile n'a cessé de gagner en reconnaissance avec la reconnaissance de l'HAD comme étant un moyen d'hospitalisation à part entière (15). De 2006 à 2016, le nombre d'établissements d'HAD, le nombre de séjours et de patients pris en charge connaît une nette augmentation (16).

Si, depuis 2016, le nombre de structures d'HAD diminue cela ne doit pas être vu comme un élément péjoratif car c'est la résultante d'une volonté de réorganisation des structures d'HAD. L'activité de ces établissements a connu une augmentation importante en 2020 suite à la pandémie de maladie à SARS-CoV-2 (Covid). En 2020, sur un total de 258 000 séjours, 17 400 séjours étaient dédiés à des patients présentant une infection au SARS-CoV-2 (17). Par ailleurs, le nombre de séjours hors-Covid a connu une progression annuelle de 8%, ce qui correspond aux prévisions et témoigne d'une adaptation des structures d'HAD à la pandémie avec une augmentation de leurs capacités d'accueil (18).

En 2022, le plan Ma Santé 2022 et plusieurs décrets et ordonnances sont publiés avec pour but la réforme de notre système de santé et une volonté claire de développer des alternatives à l'hospitalisation avec hébergement. Cette réforme permet la reconnaissance de l'HAD comme activité de soin à part entière (19). Le médecin coordinateur d'HAD devient médecin praticien en HAD et son rôle médical y est renforcé. Il peut prendre en charge un patient en cas d'indisponibilité de son médecin traitant et endosser le rôle de référent médical. La réforme de 2022 introduit des mentions qui induisent des obligations en termes de personnel et de moyens en fonction des choix de spécialisation des structures d'HAD. Ainsi, tous les établissements d'HAD sont obligés de répondre aux obligations nécessaires à l'obtention de la mention « socle » qui est présentée comme les missions de base des structures d'HAD. Tandis que les activités « réadaptation », « ante et post-partum » et « enfants de moins de trois ans » ne sont pas obligatoires. Ces modifications ont pour but d'uniformiser les prises en charge mais également une meilleure spécialisation des structures

d'HAD qui souhaitent pouvoir faire de la pédiatrie, de la gynécologie obstétrique et de la rééducation (20)

Le Ministère de la Santé et de la Prévention publie le 6 décembre 2021 une feuille de route pour l'HAD de 2021 à 2026 et elle y décrit les 7 axes de développement pour l'HAD (34):

- Mieux faire connaître l'HAD et améliorer son attractivité.
- Améliorer l'intégration de l'HAD dans les organisations territoriales sanitaires.
- Renforcer le lien entre l'HAD et le secteur social principalement dans la prise en charge des patients fragiles.
- Améliorer les prises en charge en HAD.
- Elargir la place du numérique dans les prises en charge et faire de la e-santé.
- Permettre aux patients et aux aidants d'être plus actifs dans les prises en charge.
- Développer le secteur de la recherche et l'innovation.

3) HAD en chiffres

En 2022, la France comptait 288 établissements d'HAD avec 114 établissements publics, 62 établissements privés commerciaux et 122 établissements d'intérêt collectif (22) avec un coût global de 1,53 milliard d'euros en 2021 ce qui représente 1 % des dépenses hospitalières et 0,5 % des dépenses de l'Assurance maladie (23).

Ils ont pris en charge un total de 159 000 patients (66 % d'entre eux avaient plus de 60 ans et 6,3 % étaient des mineurs, dont 70 % d'enfants de moins de 3 ans) qui ont bénéficié de 6.8 millions de journées d'HAD. Ces chiffres cachent une très grande inégalité de répartition des moyens. La moyenne nationale était de 27,1 patients pris en charge en HAD pour 100 000 habitants tandis qu'en Guadeloupe, ce chiffre s'élevait à 101,6 et en Normandie, il n'était que de 19,7 patients/100 000 habitants en 2021 (23).

Le financement de l'HAD fait partie de l'Objectif de Dépenses en Médecine Chirurgie Obstétrique (ODMCO) et se compose de trois parties (24):

- Une part de tarification à l'acte.
- Une part au titre des « dépenses engagées au titre de spécialités facturables en sus des prestations d'hospitalisation », notamment pour certains médicaments.
- Une part correspondant aux dotations octroyées au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou au Fonds d'intervention régional si l'établissement y est éligible.

4) HAD dans le Bas-Rhin

En 2022, la CPAM du Bas-Rhin prenait en charge 1 201 289 bénéficiaires et collaborait avec 9 466 professionnels de santé dont 1 256 médecins généralistes installés d'après les chiffres transmis par la CPAM du Bas-Rhin (25). Le département comptait 212 places d'HAD disponibles sur un total de 22 718 places d'HAD disponible en France (départements et territoires d'outre-mer compris), soit 0,93% des capacités d'hospitalisation française. Il comptabilisait 2700 séjours en HAD, soit 1 % de l'activité d'HAD en France (267456 séjours en 2022) (26). Pour mémoire, la population Bas-Rhinoise représentait 1,7 % de la population française globale en 2022.

Le département comptait 5 établissements d'HAD qui opéraient sur son territoire auxquels s'ajoutait une activité d'HAD de gynécologie-obstétrique dépendante du Centre médico-chirurgical et obstétrical des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (27).

Le Nord-Est du département dépend de l'HAD Nord-Alsace qui est compétente dans l'ensemble du Nord-Est au nord de l'Eurométropole de Strasbourg et du canton de Mutzig dans sa partie sud-ouest, ce territoire correspond en grande partie au territoire de santé 1 alsacien. Il s'agit d'une structure gérée par la Fondation Saint-François à Haguenau qui est un établissement privé à but non lucratif et reconnu d'utilité publique (28).

Le pays de Saverne, de Sarre-Union et celui de la Petite-Pierre, soit une grande partie du Nord-Ouest du département, sont dépendants de l'HAD de Sarrebourg depuis 2018. Elle fait partie du centre hospitalier de Sarrebourg, un établissement hospitalier public sous une direction commune avec le centre hospitalier de Saverne qui est le principal centre hospitalier d'Alsace du Nord-Ouest (29).

L'HAD Pays Bruche Mossig Piémont, elle, couvre « la Vallée de la Bruche, les cantons de Mutzig, Molsheim, Rosheim, Porte du Vignoble et certaines communes du canton d'Obernai» (Obernai, Niedernai, Meistratzheim, Krautergersheim, Valff, Goxwiller, Bernardwiller, Bourgheim, Zellwiller) (30). Elle est basée à Schirmeck et dépend de la Clinique Saint-Luc,

propriété de la Fondation Saint-Vincent de Paul qui est un établissement privé à but non lucratif et d'utilité publique.

Le territoire de l'Eurométropole de Strasbourg, le canton d'Erstein et le sud du canton de Bouxwiller (à partir des communes de Berstett, Kienheim, Durningen et Willgotheim) sont dépendants de l'HAD Aural de Strasbourg (31). Il s'agit d'un établissement privé à but non lucratif.

Le reste du territoire Bas-Rhinois, qui correspond à la partie Bas-Rhinoise du territoire de santé 3 alsacien, dépend de l'HAD Santé Centre Alsace qui est un établissement de santé privé à but non lucratif basé à Colmar.

L'ensemble de ces structures forme, avec l'HAD Sud Alsace (dont dépend le territoire de santé 4 alsacien), l'association Alsace HAD qui a pour vocation de faciliter les échanges entre ces structures et de faire la promotion de celles-ci. Son site internet www.alsace-had.fr permet aux utilisateurs de découvrir ce mode d'hospitalisation, mais aussi les différents établissements d'HAD en Alsace. Il permet également d'identifier la structure dont dépend un patient en fonction de la commune dans laquelle il vit.

5) De la prescription à la mise en place

Comme évoqué précédemment, une HAD peut être proposée au patient si celui-ci nécessite des soins complexes et/ou fréquents avec un souhait de maintien à domicile. La prise en charge en HAD nécessite plusieurs étapes et évaluation.

Le médecin généraliste souhaitant solliciter une HAD doit en faire une demande à l'HAD. Chaque HAD décide de son propre mode de sollicitation, de son formulaire pour en faire la demande. Afin d'aider les médecins dans l'orientation de leurs patients, l'HAS a créé un « outil d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) » (ADOPHAD), disponible sur le site <http://adophad.has-sante.fr>.

Conjointement avec le médecin prescripteur, les équipes médicales et paramédicales

d'HAD procèdent à une évaluation médico-sociale du patient. Une visite au domicile du patient est menée par une infirmière coordinatrice afin de déterminer les besoins en soins médicaux mais également matériels et humains nécessaires. Ainsi, chaque patient aura une évaluation de son autonomie par l'indice de Karnosky (annexe 1) et une identification des modes de prise en charge principale en HAD dont il a besoin s'il est admis (32).

Il existe 29 modes de prise en charge principale définis par l'HAS comme justifiant une HAD qui peuvent s'associer entre eux selon certaines conditions, si le patient répond à plusieurs de ces modes de prise en charge. Les modes de prise en charge sont les suivants :

- assistance respiratoire,
- nutrition parentérale,
- traitement intraveineux,
- soins palliatifs,
- chimiothérapie anticancéreuse,
- nutrition entérale,
- prise en charge de la douleur,
- autres traitements,
- pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées),
- post traitement chirurgical,
- rééducation orthopédique,
- rééducation neurologique,
- surveillance post chimiothérapie anticancéreuse,
- soins de nursing lourds,
- éducation du patient et/ou de son entourage,
- surveillance de radiothérapie,
- transfusion sanguine,

- surveillance de grossesse à risque,
- post-partum pathologique,
- prise en charge du nouveau-né à risque,
- surveillance d’aplasie,
- sortie précoce de chirurgie.

Ils sont regroupés et définis dans un guide méthodologique qui décrit les modalités de codage (33). Il est réactualisé chaque année. L’état et les besoins du patient doivent justifier au moins d’un de ces modes de prise en charge pour que la demande puisse être acceptée.

Néanmoins, pour les patients en EHPAD, l’équipe médicale peut solliciter une évaluation anticipée chez des patients dont l’état est jugé comme étant susceptible d’évoluer vers une éligibilité à une prise en charge en HAD dans un délai court. Elle permet l’élaboration d’une préadmission du patient avec une activation de la prise en charge en HAD dès que l’état de santé du patient le justifie (36). Il s’agit d’une spécificité de l’HAD appelée « dossier dormant ».

L’état de santé et les besoins du patient sont réévalués tout au long de la prise en charge. Elle est modifiable et révocable par le patient, les équipes de l’HAD et/ou le médecin traitant à tout moment.

6) Fondements et problématique de la recherche

Nous avons découvert l'hospitalisation à domicile (HAD) lors de notre stage ambulatoire de premier niveau d'internat de Médecine Générale pendant son second semestre en mai 2021. Ce stage de deux mois au sein de la structure Hospitalisation à domicile Sud Alsace basée à Mulhouse a permis de découvrir le mode de fonctionnement de cette structure, les indications de l'hospitalisation à domicile et les différents modes de prise en charge. Pendant cette période, il a été permis à de nombreux patients de raccourcir leurs hospitalisations et parfois même d'en éviter. Le souhait de maintien à domicile est une demande récurrente des Français comme l'atteste l'étude menée par Viavoice pour la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). Elle concluait que 81% des Français « seraient favorables à bénéficier de soins et d'un suivi identique à ceux de l'hôpital chez eux si leur médecin leur proposait » (35). Il ne s'agit donc pas seulement du souhait de quelques patients isolés mais bien d'un mode de prise en charge plébiscité par la majorité des Français et notamment des patients en fin de vie (36,37).

En plus de ce souhait partagé par beaucoup de Français, les hôpitaux font face à une diminution continue des capacités d'accueil dans les services d'hospitalisation. Cette réduction du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle est en outre le résultat du « virage ambulatoire », une politique de santé publique qui vise à majorer le nombre de prises en charge ambulatoire (36). Il s'agissait d'une volonté de diminuer les coûts tout en diminuant le nombre d'hospitalisations. D'après les chiffres de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), nous sommes passés de 488 710 lits d'hospitalisation complète en 1998 à 386 835 lits en 2020 dans nos hôpitaux (départements et régions d'outre-mer inclus), soit une diminution de plus de 20% en 22 ans (36.38). À cette diminution de lits d'hospitalisation s'ajoutent des difficultés de recrutement et de fidélisation des soignants dans les hôpitaux publics (39).

Parallèlement à cela, le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter avec une augmentation d'environ 3,5% par an d'après les chiffres de la DRESS. Cette augmentation

régulière de passages, concomitante à la réduction des moyens matériels et humains d'hospitalisation engendre une pression importante sur les services d'accueil des urgences qui sont régulièrement saturés, ce qui, à terme, pourrait engendrer une véritable catastrophe sanitaire dans notre pays (40). Devant cette situation difficile de l'hôpital public, les sénateurs ont demandé une commission d'enquête sénatoriale présidée par le sénateur Bernard Jomier. En plus de revaloriser les professionnels hospitaliers de santé et d'améliorer le financement de l'hôpital public, cette commission recommande entre autres le développement de l'hospitalisation à domicile. Elle préconise d'amplifier le recours à l'HAD et souligne la nécessité d'améliorer l'accès à l'HAD pour les résidents d'établissements d'hébergement des personnes âgées et dépendantes (EHPAD). Elle présente l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle ou un moyen de raccourcir celle-ci. Elle relève également la faible sollicitation de l'HAD par les médecins libéraux en faisant référence à l'audition de madame Élisabeth Hubert, présidente de la fédération des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), par le Haut conseil de la Santé Publique, au sujet du « virage ambulatoire ». Madame Hubert y déplorait que seul un cinquième des demandes d'HAD provenaient de médecins libéraux et que quatre cinquièmes provenait de praticiens hospitaliers (41). Il est important de noter toutefois que le secteur de l'HAD connaît une croissance régulière du nombre des patients pris en charge et de ses capacités d'accueil, son taux d'occupation des places estimé est de 84% (18).

Le virage ambulatoire est motivé par la volonté de faire de l'hôpital « un lieu de soin et non d'hébergement » (42). Cette politique économique découle du constat que l'hospitalisation complète a un coût plus élevé que les autres modes de prise en charge. Alors que le coût moyen global d'une journée en hospitalisation à domicile est estimé à environ 140 € par journée, les frais de séjour quotidiens hospitaliers en hospitalisation complète et parfois même en hôpital de jour sont de plus de 2000€ (43,44). Ces données sont d'autant plus importantes que notre système français de sécurité sociale présente un déficit, estimé à plus de 26,1 milliards d'euros en 2021

(44).

Parallèlement à cette diminution des capacités d'hospitalisation conventionnelle et à la saturation des services d'accueil hospitaliers, notre pays connaît une croissance constante de sa population avec un vieillissement de celle-ci (46). Il est important également de noter que ce vieillissement de la population est accompagné de l'augmentation du nombre de patients atteints d'au moins une affection de longue durée (ALD) (47). Ces différents éléments induisent une augmentation et une complexification des prises en charge par les médecins généralistes. Or, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié en 2023 son atlas de la démographie médicale dans lequel il évoque une diminution du nombre de médecins généralistes en activité en France d'environ 9% depuis 2010. Actuellement, la France connaît un taux de croissance annuel négatif de sa population de de médecins généralistes en activité (- 0.9%) et l'Ordre National des Médecins prévoit une diminution constante de celle-ci jusqu'à 2025 au moins (47).

L'HAD ayant pour mission la prise en charge de patients nécessitant des soins complexes et/ou fréquents, elle pourrait être un excellent soutien aux médecins généralistes qui font face aux différents défis évoqués précédemment.

Dans son dernier rapport au sujet de l'HAD, la Cour des Comptes a décrit le défaut de prescription d'une HAD par les médecins traitants comme étant « le principal frein à l'essor de l'HAD » (48). Si elle reconnaît le caractère très hétérogène des taux de prescriptions d'HAD par les médecins traitants en France, elle souligne son caractère insuffisant et préconise de faire la promotion de ce mode de prise en charge auprès de ceux-ci.

En réponse à cette demande et devant un constat similaire sur son territoire, la Caisse d'Assurance Maladie Bas-Rhinoise a décidé de mener une campagne de promotion de l'HAD à travers les Délégués d'Assurance maladie (DAM) auprès des médecins Bas-Rhinois en 2018 et a réitéré cette campagne en 2023. Du début octobre 2022 à fin janvier 2023, 834 médecins généralistes ont été les destinataires de cette campagne, soit 66% des médecins généralistes

installés dans le département. Dans 41% des cas, une fois l'entretien fini, les DAM ont rempli un questionnaire afin de faire remonter leurs propres observations et retours. D'après les informations qui nous ont été transmises par la CPAM du Bas-Rhin, il en résulte entre autres que d'après les DAM 55,19% des médecins Bas-Rhinois interrogés et qui ont fait l'objet d'une remontée d'informations ne prescrivaient pas d'HAD. Malgré ces 2 campagnes parmi ces médecins (qui ont été destinataires de la campagne de 2023 et dont les DAM ont fait remonter les informations) 48% ne prescriront pas d'HAD. Ici, il ne s'agit pas des retours directs des médecins mais des retours des DAM après leurs entretiens avec les médecins généralistes.

Devant ces différents enjeux et constats, nous avons voulu mener ce travail de thèse afin d'identifier les freins à la sollicitation d'une HAD directement auprès des médecins généralistes du Bas-Rhin. Afin d'élaborer ce travail, nous avons exploré la question de plusieurs façons et émis certaines hypothèses. Ainsi, à partir de nos expériences passées nous émettons l'hypothèse d'une probable méconnaissance du mode de fonctionnement des structures et des rôles de chacun qui pourrait être un frein. Le médecin généraliste est le spécialiste de la coordination des soins en soins primaires et le rôle principal de l'HAD est justement la coordination des soins, peut-être que cela a pu être vu par certains médecins comme étant un frein voire une dépossession de leurs prérogatives. Durant notre cursus nous avons rencontré très peu de médecins généralistes ayant l'habitude de solliciter l'HAD. Il serait intéressant de savoir si ces freins sont subjectifs ou objectifs. Enfin, une fois ses freins identifiés, l'une des questions qui se posent est de savoir s'il s'agit d'obstacles insurmontables ou si les médecins généralistes sont prêts à solliciter une HAD malgré ses freins et à quelles conditions s'il y en a.

L'objectif de ce travail est de pouvoir répondre à la problématique du manque de sollicitation d'une HAD par les médecins généralistes Bas-Rhinois en leur donnant directement la parole. L'identification des freins à la sollicitation d'une HAD est l'étape primordiale afin de permettre d'identifier des leviers d'amélioration. Ce travail de thèse a pour vocation d'être présenté

aux professionnels d'HAD et à la CPAM du Bas-Rhin afin de leurs transmettre le point de vue des médecins généralistes en espérant pouvoir induire des changements ou aux moins une prise de conscience du point de vue des médecins généralistes.

Afin d'y parvenir, nous détaillerons dans un premier temps la méthodologie choisie pour ce travail, en présentant notamment la constitution de notre échantillon, l'élaboration de notre guide d'entretien, ainsi que les étapes de collecte et d'analyse des données. Dans un second temps, nous introduirons notre échantillon et exposerons les résultats obtenus. Ensuite, nous consacrerons un troisième temps à la discussion, où nous confronterons nos résultats aux données issues de la littérature, des données de la CPAM du Bas-Rhin et aux retours des professionnels de l'HAD. Enfin, nous conclurons en abordant, entre autres, les pistes d'amélioration que nos résultats suggèrent.

II. Matériel et méthode

1) Objectif

L'objectif de cette étude est d'identifier les freins à la sollicitation de l'HAD par les médecins généralistes Bas-Rhinois.

2) Choix de la méthode

Au vu de notre sujet qui vise à interroger le comportement de nos confrères médecins généralistes, nous avons fait le choix de mener une étude qualitative. En effet, notre but est de comprendre leurs choix en questionnant leurs perceptions, ressentis et expériences mais également d'entrer en profondeur dans la compréhension des différentes situations. Cette méthode inductive permet d'interroger des perceptions complexes et de créer des hypothèses. Son but n'est pas de quantifier, ni de démontrer, mais de comprendre (49).

Pour cela, nous avons décidé de mener notre étude sous la forme d'entretiens individuels semi-directifs à partir d'un guide d'entretien que nous avons élaboré au préalable.

3) Guide de l'entretien

En préalable à la réalisation de notre guide d'entretien, nous avons mené une recherche bibliographique sur les sites : Sudoc, Cairn.info, Drees et Atih. Cette recherche nous a également permis de réaliser la discussion. Nous nous sommes limités à des sources bibliographiques françaises.

Les mots-clés recherchés étaient : « HAD », « Home care », « Hospitalisation à domicile », « freins », « limites », « médecins généralistes », « médecins traitants » et « prescription ». Nous avons débuté les recherches bibliographiques en juin 2022.

Nous avons fait le choix d'un entretien individuel semi-dirigé avec des questions ouvertes afin de permettre aux médecins interrogés une grande liberté d'expression, ce qui nous permettra d'étudier leurs réponses en profondeur et de permettre aux personnes interrogées d'exprimer leurs idées dans leur complexité si nécessaire.

Sa structuration a été classique (Annexe 2) :

- Initiation par quelques phrases introductives pour remercier les médecins interrogés et les informer de l'anonymisation de l'entretiens et de la possibilité de mise à disposition des résultats.
- Recueil d'informations générales sur les praticiens interrogés.
- Interrogation des médecins sur leurs habitudes en matière de prise en charge des patients nécessitant des soins complexes et/ou fréquents. Ces notions n'ont volontairement pas été définies afin d'avoir les réponses les plus libres et diverses possibles.
- Evaluation des habitudes ou de l'absence d'habitude de prescription d'HAD et leurs rapports à l'HAD (l'image qu'ils ont de cette structure, leurs attentes et leurs besoins).
- Idées et pistes d'amélioration que les médecins pourraient proposer.
- Enfin, temps de libre parole afin que les médecins puissent émettre des commentaires et/ou des remarques comme ils le souhaitaient.

Notre but était d'être attentif à identifier les différents freins possibles à une prescription d'HAD tout au long de l'entretien.

4) Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion dans notre étude étaient les suivants : être médecin généraliste, être installé dans le Bas-Rhin et avoir une activité libérale (totale ou partielle). Les critères d'exclusion étaient d'être médecin remplaçant, être à la retraite ou travailler au sein d'une structure d'HAD.

Au vu de notre choix de méthode et des difficultés d'accessibilité aux médecins très pris par leur travail quotidien, nous avons décidé d'avoir un échantillonnage à variation maximale dans un premier temps puis par convenance et effet boule de neige. Le but n'est pas d'être représentatif mais d'avoir la population la plus diversifiée possible. Nous avons choisi comme critère de diversification : l'âge, le sexe, le lieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain), le mode (seul ou à plusieurs, libéral ou mixte) et le nombre d'années d'exercice.

Nous nous sommes basé sur les définitions proposées par C.Coutrix afin de définir le milieu d'exercice des médecins interrogés (50) :

- Le milieu d'exercice urbain en Médecine Générale est défini par la proximité d'un service d'urgence (inférieur à 10 minutes en voiture), la facilité de délégation à un spécialiste non généraliste, une densité de population supérieure à 300 habitants au kilomètre carré, une typologie urbaine et/ou une population prise en charge avec une affiliation à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) inférieure à 30%.
- Le milieu d'exercice semi-rural est défini par un éloignement relatif d'un service d'urgence (entre 10 à 20 minutes en voiture), une densité de population qui se situe entre 100 et 300 habitants au kilomètre carré, une typologie rurale et urbaine à la fois et/ou un taux d'affiliation à la MSA qui se situe entre 30 et 70%.
- Enfin, le milieu d'exercice rural se définit par une grande distance par rapport à un service d'urgence (supérieur à 20 minutes de voiture), une difficulté de délégation à des spécialistes non généralistes, une densité de population inférieure à 100 habitants/kilomètre carré par bassin de vie, une typologie rurale (vastes étendues non bâties) et/ou

un taux d'affiliation à la MSA supérieur à 70% dans la population prise en charge par les médecins.

Nous avons recruté les médecins interrogés de manière aléatoire d'abord par leurs coordonnées trouvées sur le site Doctolib puis grâce à nos connaissances professionnelles et via les recommandations des médecins interrogés.

Dans un premier temps, afin d'avoir une vision globale sur le sujet, nous avons décidé de rencontrer des médecins praticiens en HAD Bas-Rhinois et une chargée de mission au sujet de la campagne concernant l'HAD auprès de la CPAM du Bas-Rhin avant la réalisation des entretiens avec les médecins. Une fois les entretiens réalisés, nous avons présenté nos résultats à plusieurs médecins praticiens en HAD et à la chargée de mission de la CPAM du Bas-Rhin afin d'avoir leurs points de vue sur les freins identifiés. Ces rencontres devaient être informelles et il n'était pas prévu de proposer à ces partenaires d'entretien semi-dirigé. Néanmoins, nous avons trouvé intéressant d'intégrer certains de ces retours à notre réflexion dans la discussion.

5) Recueil des données

Il était prévu que les entretiens se déroulent en présentiel ou en visioconférence avec enregistrement du contenu sonore des entretiens, avec retranscription anonymisée dans les jours suivants l'entretien et de manière manuelle, mot à mot, avec didascalies pour ajouter des informations sur le comportement des médecins interrogés et de permettre une meilleure compréhension. Au vu de ces éléments, l'avis du comité d'éthique n'était pas nécessaire et la déclaration auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) non plus.

6) **Analyse des données**

L'analyse des données a été réalisée sans usage de logiciel. Chaque entretien bénéficiera d'une analyse longitudinale permettant d'en extraire le maximum de verbatim (unités d'analyse). Postérieurement, un codage ouvert puis axial sera réalisé. Ils permettront d'identifier des messages clés dans les discours des médecins interrogés et de les organiser en thèmes. Enfin, un codage sélectif permettra d'organiser ces thèmes en grandes catégories, ce qui permettra la structuration de la réponse à la question posée initialement.

III. Résultats

1) Caractéristiques de la population étudiée

Entre septembre 2022 et mars 2023, nous avons sollicité 22 médecins généralistes pour un entretien. Au bout de 12 entretiens nous avons atteint la saturation des données ce qui marque la fin de la nécessité de nouveaux entretiens.

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Âge	60	53	28	70	38	35	61	61	34	31	34	45
Sexe	M	M	F	M	M	F	M	M	F	F	F	F
Lieu d'exercice	Semi-rural	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Rural	Rural	Rural	Urbain
Mode d'exercice	Seul(e) ou à plusieurs	Plusieurs	Seul	Plusieurs	Seul	Plusieurs	Seul	Plusieurs	Plusieurs	Plusieurs	Plusieurs	Plusieurs
	Type d'activité	Libérale	Libérale	Libérale	Libérale	Mixte	Libérale	Mixte	Mixte	Libérale	Libérale	Libérale
Année(s) d'exercice	30	8	1	29	9	8	29	31	4	3	7	14

Figure 1 Caractéristiques des médecins interrogés

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 45 ans et il y a autant d'hommes que de femmes.

L'échantillon est constitué pour moitié de médecins avec une activité en milieu urbain, un quart en milieu semi-rural et un quart en milieu rural. Trois-quarts exercent dans des structures avec d'autres médecins. Un quart a une activité mixte et trois quarts ont une activité libérale exclusive.

La durée moyenne d'exercice est de 14,5 ans, avec des extrêmes variant de 1 à 31 ans d'exercice.

2) Les entretiens

Nous avons mené 4 entretiens en face à face (2 au sein des cabinets médicaux, 1 au sein d'une salle de la faculté de Médecine et 1 au sein d'un local associatif) et 8 entretiens par visioconférence (7 via l'application Zoom et 1 via l'application Facetime). Le premier entretien a eu lieu en novembre 2022 et le dernier en mars 2023.

Nous avons donc aussi rencontré 4 médecins praticiens en HAD de Strasbourg et une chargée

de mission au sujet de la campagne concernant l'HAD auprès de la CPAM du Bas-Rhin. À l'issue de ces entretiens une convention de mise à disposition des données de la campagne « DAM HAD 2022 » a été signée avec la CPAM du Bas-Rhin afin de permettre d'intégrer ces données à ce travail de recherche.

3) Les médecins généralistes et le maintien à domicile complexe

a. Une prise en charge pluridisciplinaire

L'ensemble des médecins interrogés disent avoir déjà rencontré une situation de maintien à domicile complexe nécessitant des soins fréquents et/ou complexes. Ils disent tous s'appuyer sur d'autres professionnels de santé, organismes et/ou institutions afin de garantir le maintien à domicile de ces patients.

« Quand on dit maintien à domicile compliqué, on dit automatiquement prise en charge pluridisciplinaire ».

b. Les partenaires professionnels de santé de ville

Les partenaires évoqués en premier lieu par les médecins interrogés pour assurer le maintien à domicile sont les pharmaciens et professionnels paramédicaux de ville.

« Les équipes d'infirmières, les kinés, les équipes d'aides à domicile, les podologues à domicile ».

c. Les partenaires institutionnels : l'équipe mobile de soins palliatifs et l'équipe mobile de gériatrie

L'équipe mobile de soins palliatifs et l'équipe mobile de gériatrie bien qu'étant deux structures différentes ont été très souvent citées ensemble. Elles sont évoquées de manière très positive par les médecins interrogés. Les médecins expliquent ce choix par leurs bons retours d'expérience et la réactivité de ces structures.

« L'équipe mobile de gériatrie et l'équipe mobile de soins palliatifs sont très réactives aussi et en général [...] on les contacte directement et on a leur téléphone ».

d. Les dispositifs de coordination : Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) anciennement Plate-forme territoriale d'appui d'Alsace (PRAG), Communauté territoriale de Professionnels de Santé (CPTS), Maison de Santé et autres.

Le recours à des structures de coordination entre professionnels de santé est également évoqué pour faire face à leurs difficultés pour le maintien à domicile.

« Dans notre secteur, on se connaît pas mal. [...] Il y a un réseau que j'appelle informel encore que maintenant on a une CPTS [(communauté professionnelle territoriale de santé)] qui est très active, vraiment on se connaît bien entre nous ».

« Nous on a une structure qu'on appelle GEF, un Groupement d'exercice fonctionnel qui est le regroupement à ouvrir le plus possible aux personnes ».

« Dans notre pôle de santé alors il y a pharmaciens, parapharmacies, infirmières, podologues [...] le tout dans le même bâtiment et on se côtoie pas mal ».

« Des infirmiers, des intervenant sociaux [...] dans notre Maison de santé ».

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est également une structure qui est citée et parfois en premier lieu après les professionnels libéraux. Le DAC est une structure locale de soutien des professionnels de santé, du domaine du social et du médico-social dans la prise en charge des patients en situation complexe. Son rôle va être d'accompagner, de coordonner et d'aider les professionnels et le patient qui font face à une situation complexe (51). Les médecins qui l'évoquaient utilisaient tous l'acronyme PRAG pour en parler étant donné que le DAC est né de la fusion de la PRAG avec d'autres structures de soutien au maintien à domicile en Alsace. Ils justifient ce choix par le fait qu'ils connaissent cette structure et qu'ils en sont satisfaits.

« Moi je fais appel principalement à la PRAG ».

« On est venu distribuer des petites cartes de visites [...] La PRAG moi j'ai le numéro, je les ai appelés une fois. C'était hyper rapide ».

e. Les partenaires privées : prestataires à domicile

Les prestataires à domicile sont également évoqués mais uniquement pour des besoins spécifiques.

« Quand on appelle un prestataire pour mettre en place une PCA [Patient Controlled Analgesia, soit une analgésie contrôlée par le patient], le jour même on a une PCA [...] c'est automatique ».

« Le prestataire est dans notre pôle de santé [...] tout dans le même bâtiment et on se côtoie pas mal ».

f. Les médecins spécialistes

Le recours à un confrère spécialiste hospitalier ou libéral uniquement pour demande d'avis, n'a jamais été cité en premier lieu mais après la sollicitation des ressources paramédicales.

« On gère soit avec les angiologues et les dermatologues mais plus de l'avis de consultant, entre confrère » (en évoquant la prise en charge de plaies complexes).

g. L'HAD

Si tous les médecins interrogés ont déjà pris en charge un patient en HAD, très peu évoquent spontanément une prescription devant une situation de maintien à domicile complexe. L'HAD est souvent décrite comme étant prescrite par des praticiens hospitaliers.

« Je n'ai jamais prescrit une HAD, les patients que j'ai en HAD sont des patients à qui elle était prescrite souvent à la sortie d'une hospitalisation ».

« Moi je ne l'ai jamais mis [en place], c'était toujours en sortie d'hospitalisation ».

Néanmoins, certains médecins évoquent le fait qu'ils ont déjà fait appel à l'HAD sur

recommandation d'une autre structure ou de leur propre initiative. Il s'agit du seul partenaire pour lequel certains médecins disent avoir demandé une collaboration sur recommandation d'autrui.

« J'ai aussi sollicité l'HAD sur les conseils de l'équipe mobile de soins palliatifs ».

h. L'hospitalisation

Enfin, certains médecins reconnaissent avoir recours à une hospitalisation devant des situations de maintien à domicile complexes qui pourraient justifier d'une prise en charge en HAD.

Après avoir évoqué les professionnels paramédicaux libéraux de premier recours et la demande d'avis auprès de spécialistes, l'un d'entre eux évoque l'hospitalisation en ces termes :

« Finalement avec tous les intervenants qu'on a à domicile, si ça ne suffit pas, en général c'est l'hospitalisation complète ».

i. Les partenaires sociaux

Les professionnels de l'accompagnement social ont également été cités par les médecins comme étant des acteurs de la prise en charge des patients.

« Pour les démarches administratives, je les adressais aux travailleurs sociaux de la Maison de Santé, voire au Centre Médico-Social ».

4) **L'HAD vue par les médecins généralistes ?**

Qu'ils en soient prescripteurs ou non, tous les médecins interrogés avaient leur définition de l'HAD, évoqués des indications et ce qu'elle était censée leur apporter.

a. **Les apports attendus d'une prise en charge en HAD**

- *Le maintien à domicile*

Tous les médecins interrogés ont parlé de l'HAD comme une solution pour le maintien à domicile de manière explicite et/ou implicite, permettant d'éviter une hospitalisation, certains allant jusqu'à présenter l'HAD comme une solution permettant d'éviter une institutionnalisation.

« C'est un compromis on va dire pour des personnes qui ont besoin de soins justement de ne pas les maintenir à l'hôpital ».

« C'est une solution pour ne pas avoir recours à l'EHPAD ».

- *Une ressource matérielle*

L'HAD est perçue comme une structure pouvant apporter un soutien matériel dans la prise en charge des patients.

« Une mise à disposition de ressources matérielles ».

- *Nécessité de soins et surveillance réguliers*

Le besoin de soins et/ou de surveillance réguliers est une indication qui pourrait justifier une HAD, d'après certains médecins interrogés.

« Besoin de soins quotidiens, d'une surveillance quotidienne médicale ».

« Un passage de l'infirmière, trois fois par jour ».

- *Une coordination des soins*

L'HAD est décrite comme une solution pour coordonner les soins.

« pour moi c'est coordonner les soins ».

- Une continuité des soins

Il est également attendu d'une prise en charge HAD un soutien aux proches en assurant la continuité des soins.

« Par rapport à la famille...si elle a besoin d'avoir... s'il y a un souci mais surtout la nuit avoir un numéro à appeler ».

- Une source d'information

L'HAD est vue comme une source d'informations.

« C'est un outil en plus de ressources d'informations ».

b. Les indications de l'HAD.

Après avoir identifié les bénéfices de l'HAD pour les médecins interrogés, la question suivante est d'identifier les situations pour lesquelles les médecins pensent au recours à une HAD que ce soit dans leurs expériences passées ou plus tard.

- Fin de vie

L'ensemble des médecins interrogés, sauf un, ont évoqué la fin de vie. Il s'agissait même, pour certains, de la seule situation qui leur venait à l'esprit quand ils pensaient à l'HAD.

« Je sais pas s'il est possible... je pense hein... qu'ils ne s'occupent pas que des soins palliatifs mais j'aurais pas reflexe pour autre chose ».

« Les seules situations où je vois l'intérêt de l'HAD c'est les fins de vie ».

En revanche, pour l'un des médecins, qui n'a jamais prescrit d'HAD, cette situation excluait de facto le patient d'une possible prise en charge par l'HAD. Il ferait appel à l'équipe mobile de soin palliatif dans ce cas de figure.

« Si c'est pas du soin palliatif, l'interlocuteur principal c'est l'HAD ».

- Polypathologie et/ou la maladie grave

Les patients polypathologiques et/ou atteints de pathologie grave sont identifiés par certains médecins interrogés comme étant éligibles à une HAD. Sur ce point également, il n'y a pas eu de différence entre les médecins prescripteurs ou non d'HAD.

« Patient qui aurait besoin de soins quotidiens, d'une surveillance quotidienne médicale, une pathologie grave et en soins palliatifs, par exemple ».

- Plaie chronique

Les plaies chroniques sont évoquées comme pouvant justifier une prise en charge HAD. Sur ce point, aucun médecin non prescripteurs d'HAD n'a évoqué ce point.

« C'est quand on a effectivement des plaies chroniques qui cicatrisent pas ou qui évoluent mal ».

- Sortie d'hospitalisation

Comme évoqué dans le paragraphe d'identification des habitudes des médecins, la sortie d'hospitalisation est également citée parmi les situations qui pourraient justifier une prise en charge HAD.

« Retour à domicile avec des soins lourds complexes ou des problèmes de nutrition entérales ou parentérales ».

- Patient âgé

L'âge avancé est un élément pris en compte dans le choix d'HAD. Les deux médecins qui ont évoqué ce cas de figure l'ont fait dans le cadre d'une pathologie chronique ou d'une fin de vie.

« Essentiellement de la personne âgée, [...]il fallait une charge de soin importante ».

- Le refus d'hospitalisation du patient

Un médecin évoque également la situation de refus d'hospitalisation conventionnelle comme étant une situation dans laquelle une HAD serait justifiée. Ici, il s'agissait d'un médecin qui évoquait une expérience passée.

« L'hôpital est plein, les patients ne veulent pas y rester dans ce cas l'HAD peut être une solution ».

- Un avantage économique

Pour finir, l'argument financier est avancé par un médecin. Pour lui, le coût d'une hospitalisation conventionnelle pourrait faire réfléchir à une HAD.

« Quand c'est des soins compliqués qui coûtent chers à l'hôpital ».

c. Nature des soins proposés par l'HAD d'après les médecins traitants

- Soins techniques lourds

Les soins apportés par l'HAD sont vus par plusieurs médecins comme étant des soins techniques et lourds.

L'HAD est présentée comme étant utile dans des prises en charge nécessitant : « des actes techniques qui sortent de l'ordinaire, des fins de vies ».

- Perfusion

L'HAD est identifiée comme une structure permettant un soutien en matière de perfusion à domicile et notamment dans la situation de fin de vie comme vu plus haut.

« Prise en charge médicale avec une perfusion ».

- Transfusion

En plus de la perfusion et du soutien de l'HAD pour ce type de traitement, l'HAD est également vue comme pouvant apporter la possibilité de transfusion.

« Je pense soins lourds, du genre nutrition parentérale, besoins transfusionnels ».

5) Le retour d'expérience des médecins

Les médecins interrogés avaient tous pris en charge au moins un patient en HAD.

a. Les avantages apportés par une prise en charge en HAD

- Rompre l'isolement

L'HAD a permis à la majorité des médecins d'avoir un interlocuteur et de ne pas être seuls face à des situations qu'ils n'ont parfois pas l'habitude de gérer.

« On se sent moins seul, on peut en discuter avec d'autres médecins qui ne connaissent pas trop le patient et ça peut être intéressant ».

« C'était bien de discuter avec un confrère dans ce cadre-là [les soins palliatifs] et de ne pas se retrouver seul parce que c'est quand même un peu particulier les soins palliatifs à la maison ».

- Expertise

L'HAD a permis d'apporter un regard et une aide experte sur certaines situations.

« Mon patient qui est en HAD et qui est lourd, ben, [...] j'ai quelqu'un de compétent qui a un œil dessus [...] il peut m'alerter rapidement ».

- Diminution de la charge de travail pour le médecin

L'HAD a permis de diminuer la charge de travail de certains médecins.

« Ça m'a soulagé des patients lourds à domicile ».

- Opportunité d'avoir du matériel spécifique

En plus d'un soutien pour le médecin, l'HAD a apporté une plus-value matérielle dans les prises en charge

« Parfois du matériel supplémentaire, ça m'a arrivé d'avoir un VAC (Vacuum Assisted Closture) ».

- Soutien organisationnel

L'HAD a permis un soutien dans l'organisation des soins chez certains médecins.

« Une fois qu'un patient est en HAD, on n'a plus à se casser la tête avec toute l'organisation ».

- Maintien à domicile

Deux médecins évoquent le fait que l'HAD était une bonne chose car elle avait permis d'assurer le maintien à domicile.

« Les patients ont trouvé ça bien parce qu'elle pouvait rester à domicile ».

« C'est une situation qui se dégrade petit à petit chez des gens qui sont très attachés à leur domicile et là on est amené à solliciter énormément d'aides ».

- Permanence de soin

L'HAD a permis d'assurer une permanence de soin ce qui a un effet réconfortant pour le patient et ses proches.

« Ça peut le rassurer pour tout ce qui est numéro de permanence de garde de savoir qu'il peut joindre quelqu'un qui connaît un minimum son dossier hein c'est sûr que par rapport à appeler le 15 ».

- Communication

La communication est un élément que l'on retrouve dans les avantages comme les inconvénients d'une prise en charge en HAD.

« C'était pas mal, il y avait le classeur de suivi et un suivi par infirmière HAD. J'avais l'impression qu'en tout cas il y avait [...] une bonne coordination autour de ce patient ».

- Communication de la DAM : un repère et une piqûre de rappel.

Les entretiens de la DAM ont permis de donner aux médecins rencontrés un repère au cas où ils auraient besoin d'une HAD et de rappeler l'existence du dispositif au médecin le connaissant déjà.

« C'est toujours utile de communiquer sur ces dispositifs-là [...] D'expliquer que ça existe et de donner la plaquette ».

b. Les inconvénients et mauvais retour

Plusieurs médecins évoquent également de mauvais souvenirs voire des inconvénients à une prise en charge en HAD.

- *Défaut de communication*

Si la communication fait partie des éléments positifs dans une prise en charge HAD, plusieurs médecins ont évoqué ce même point comme étant un problème dans leurs expériences avec l'HAD.

« Il y a toujours des problèmes de communication ».

« L'échange d'information est compliqué parce que ça rajoute un interlocuteur ».

« L'HAD m'appelle pour les prescriptions de rééducation mais jamais pour me tenir informé des progrès de la patiente en matière de rééducation ».

« Echanges souvent au bénéfice de l'institution ou de l'administration mais rarement au bénéfice du patient au final ».

« Une fois que c'est de l'HAD, c'est englobé par l'HAD et ils gèrent leur truc propre à leurs habitudes et ne vont pas forcément communiquer avec toi ».

- *Des difficultés logistiques*

Plusieurs médecins rapportent une lenteur et une complexité dans la logistique et la mise à disposition des médicaments.

« Mise à disposition de médicaments...il faut 48 heures pour les mettre en place donc quand on a besoin d'une pompe à morphine ben faut soi-disant anticiper de 48 heures...on a plus vite fait de prescrire un patch que d'attendre 48 heures pour la livraison de la pompe ».

« Un patient constipé le samedi matin, j'envoie un fax à l'HAD qui me dit « on vous livrera lundi ». J'ai dû dire au patient d'aller s'acheter les médicaments le jour même ».

- Prise en charge incomplète

L'absence de prise en charge complète par l'HAD a été critiquée par un médecin.

« L'HAD ne s'occupait pas des soins de nursing, j'ai dû gérer ça avec l'ABRAPA ».

« L'HAD intervenait mais pas complètement. Les infirmières du cabinet qui m'appelaient sur le portable les week-ends parce qu'il fallait monter les morphiniques ».

« On me disait, on est là pour les plaies, le reste, vous vous débrouillez ».

- La question du temps nécessaire pour l'HAD

L'HAD a induit une perte de temps pour certains médecins avec notamment une augmentation du nombre et de la durée des visites à domicile.

« Au niveau de la surveillance clinique ça me demandait de passer régulièrement et ça me prenait énormément de temps ».

« C'est forcément plus de temps pour coordonner les prises en charge ».

« Visites qui nous prennent en moyenne 45 minutes [...] Quand il y a de l'HAD c'est très long ».

- Charge administrative

Pour illustrer cette chronophagie, certains médecins évoquent la question de la charge administrative.

« L'aspect administratif qui est assez rédhibitoire ».

« Je me suis retrouvé avec beaucoup de papiers à signer ».

« L'HAD c'est beaucoup de papier ».

- Appropriation de la prise en charge par l'HAD

Certains médecins se sont sentis mis à l'écart de la prise en charge de leur patient et des prises de décisions médicament et particulièrement celle de fin de prise en charge.

« Illusion que le médecin généraliste a son mot à dire là-dedans et c'est jamais le cas [(sorties d'HAD)] et pareil pour les infirmiers [...] c'est souvent elles qui nous alertent ».

« Les sorties sont imposées et pas proposées même s'ils nous appellent pour nous demander ce qu'on en pense quand on dit que ce n'est pas une bonne idée. À aucun moment la prise en charge n'a été prolongée ».

« Ouh là j'ai aucune connaissance donc en fait euh j'ai laissé faire mais j'ai servi à rien dans la prise en charge, hein, je vais être honnête ».

- Doute sur la plus-value de la part de l'HAD

L'apport et la plus-value d'une prise en charge en HAD paraît peu évidente voire inexistante pour certains médecins.

« Je n'avais pas vu ce que ça pouvait apporter au patient ».

« Pour l'instant j'ai rarement eu une indication où ça m'a sorti une épine du pied ».

- Impressions de refus réguliers de la part de l'HAD

Le refus de prise en charge en HAD est évoqué par un médecin comme un élément péjoratif dans son rapport à l'HAD.

« On avait souvent des refus ».

« On me dit vous êtes hors indication, OK, mais je vais chercher ailleurs ».

- La campagne d'information de la CPAM

Plusieurs médecins ont bénéficié d'un entretien avec leurs DAM au titre de la campagne au sujet de l'HAD. Cette rencontre est jugée peu informative.

« Un peu informatif, c'est-à-dire elle m'a informé que je pouvais être prescripteur. Que je pouvais le prescrire ».

« Les DAM sont des personnes qui n'ont jamais eu recours à l'HAD et qui ne connaissent pas l'HAD au-delà de ce qu'on leur a dit. L'information est très limitée ».

Ces entretiens ont parfois eu aucun impact voire un impact négatif sur les médecins rencontrés. Des médecins rapportent avoir eu leurs craintes confirmées par cet entretien.

« Je me demande toujours ce [HAD] à quoi ça sert ».

« Je lui expliqué pourquoi j'évitais d'avoir recours à l'HAD et elle m'a confirmé qu'elle avait le même retour d'autres médecins ».

« D'elle-même elle nous a dit que c'était très très lourd administrativement et que pour l'instant elle n'avait pas eu de retour que ça ait vraiment été utilisé. Quand on nous présente comme ça et qu'on a déjà une grosse charge de travail c'est pas très vendeur pour le coup ».

6) Les freins

Les habitudes de gestion du maintien à domicile par les médecins interrogés, leurs connaissances de l'HAD et leurs retours d'expériences sont autant de points qui peuvent nous donner une idée des freins à la sollicitation d'une HAD. L'ensemble des médecins interrogés ont évoqué au moins un frein.

a. Une méconnaissance globale

La méconnaissance est le frein le plus souvent cité par les médecins et elle est citée pour l'ensemble des étapes de prise en charge.

- Utilité et apport

La première question qui se pose est celle de l'apport d'une telle prise en charge et de son utilité.

« Il y a un manque de compréhension de l'utilité pour moi dans ma pratique ».

- Indication

L'absence de connaissance claire sur les indications d'une prise en charge est pour certains médecins un frein à la prescription.

« Souvent ce qui n'est pas très clair chez les praticiens en ville c'est les indications, quel type de patient on va mettre en HAD ou pas ? ».

« J'ai jamais eu de vraie communication avec l'HAD où ils te disent voilà on fait ça, dans

telle situation ».

- Modalité de recours à une HAD ?

Une fois l'indication connue, l'étape suivante est la façon de solliciter l'HAD et là aussi il y a méconnaissance.

« Je ne savais pas que je pouvais prescrire ».

« Je ne sais pas comment faire, je pense que je regarderai sur internet, j'appellerai les HUS [(Hôpitaux Universitaires de Strasbourg)] et je leur demanderai de me passer l'HAD ».

« Je ne serai pas capable de vous citer les papiers ou les démarches à suivre pour la faire ».

- Fonctionnement de l'HAD

Le fonctionnement de l'HAD et le rôle de chacun reste encore flou pour certains médecins.

« Pas assez de connaissance sur le fonctionnement de l'HAD ».

« Je ne sais pas quel est le rôle du médecin coordinateur ».

« Je sais pas si la place de l'HAD est vraiment bien définie ».

« On sait plus trop qui sert à quoi ».

« Il y a une place pas très bien définie entre ce que eux doivent faire et ce que nous on fait ».

- Absence d'expérience et de formation en lien avec l'HAD

Plusieurs médecins justifient l'absence de prescription par le manque d'habitude personnelle ou des confrères qu'ils côtoient. Ils n'ont pas l'habitude, donc y font moins appel.

« C'est pas des sujets sur lesquels on échange ».

« J'ai pas beaucoup travaillé avec eux ».

« Pendant notre internat on n'a pas beaucoup l'habitude de voir des patients à domicile ».

« C'est pas quelque chose dont on a l'habitude ».

b. Complexité

La complexité est également un frein récurrent qui est évoqué par les médecins.

- Mise en place

Cette complexité prend forme dès la sollicitation d'une HAD.

« Longue à solliciter hein, [...] il me semble que c'est un petit peu plus souple que l'HAD ».

(en comparant les prestataires à domicile à la sollicitation d'une HAD)

« Les demandes me semblent compliquées ».

« Prescrire via le fameux logiciel en ligne, on n'a jamais les codes, c'est pas idéal... C'est un peu compliqué ».

- Chronophagie

La complexité engendre une consommation de temps qui est décrite par les médecins interrogés.

« Ça prend beaucoup de temps au médecin traitant ».

« Le principal frein c'est le temps et c'est la rémunération ».

c. Rémunération

Une prise en charge en HAD est décrite par de nombreux médecins comme étant chronophage ce qui pose la question de la rémunération de celle-ci. Elle est également décrite comme un frein à la prescription en HAD. La rémunération des visites médicales à domicile des patients en HAD n'est pas majorée. Ce point a été jugé par 2 médecins comme étant un frein important à la sollicitation d'une HAD. Il l'évoque comme étant un élément essentiel qui pourrait influencer leurs choix.

« Ça serait aussi bien peut-être de revaloriser une visite dans le cadre d'une HAD ».

« Ça fait des visites très longues, pas très bien rémunérées ça aussi on devrait en parler ».

d. Le frein des patients

L'HAD implique des changements majeurs dans la vie et les habitudes du patient. Comme toute prise en charge, elle ne peut se faire sans son accord. Le domicile qui devient hôpital et la multiplicité des intervenants et des interlocuteurs à domicile sont les motifs évoqués par les médecins pour justifier une réticence voire un refus du patient.

- *Le domicile comme un lieu de soin*

« Quand le domicile devient un lieu de soin je pense que c'est difficile pour certains ».

« Pour eux soins lourds ça leur fait prendre conscience de l'avancée de leur maladie ».

« Ils ont l'impression d'avoir un mini hôpital chez eux ».

- *Multiplicité des acteurs*

« Passages répétés de différents acteurs ».

« Le changement d'interlocuteur d'un jour à l'autre mais ça n'est pas propre à l'HAD ».

« Ça fait des intervenants en plus, ça fait du monde, c'est compliqué pour le patient aussi. Tu fais intervenir différentes équipes ».

- *Le refus des patients et/ou de leurs proches*

« Parfois il y a des familles qui s'opposent ».

« Il y a des patients qui ne veulent pas ».

« C'est pas très fréquent, les gens qui demandent vraiment à être pris en charge à domicile sans du tout passer à l'hôpital ».

e. Les freins des infirmières

Comme évoqué dans la seconde partie des résultats, les professionnels paramédicaux libéraux sont un maillon important dans la prise en charge des patients à domicile et leur réticence à une prise en charge en HAD est citée parmi les freins à la mise en place de celle-ci

« Chez les infirmières il y a aussi une certaine résistance à l'HAD ».

« Je sais que les infirmières galèrent un peu à commander des médicaments, des ordonnances... et tout ça quoi ».

f. Concurrence avec des structures et des modes de fonctionnement existantes

L'HAD est parfois vue comme une structure supplémentaire qui parfois concurrence voire déstabilise un mode de fonctionnement préexistant entre professionnel de santé libéraux.

« Cette injonction du politique de développer l'HAD me laisse circonspect parce qu'elle vient désorganiser des organisations territoriales qui peuvent fonctionner et qui fonctionnent bien »

Après avoir évoqué la place importante de la CPTS et du Groupement d'Exercice Fonctionnel (qui sont des structures de coordination des acteurs de santé locaux) dans sa manière de fonctionner, il reconnaît que : « Peut-être qu'on fait moins appel à l'HAD [...] l'HAD devient une structure dont on se sert mais à laquelle on fait moins appel que autre part ».

« On nous sollicite pour faire des choses par exemple là maintenant les CPTS, les équipes de soins primaires [...] Pleins de choses évoluent en parallèle mais à quoi sert chacune ? ça a tendance à vouloir se mélanger ».

g. Inadéquation à l'activité des médecins

L'HAD est également vu comme inadaptée à la réalité des médecins interrogé.

- *Patient jeune*

Certains médecins interrogés présentaient le patient-type éligible à l'HAD comme étant un patient âgé et polypathologique, voire en fin de vie. Les médecins avec une patientèle jeune évoquaient comme principal frein, l'âge de leurs patients.

« J'ai une patientèle principalement jeune. Je fais beaucoup de DU de pédiatrie, du coup, je fais beaucoup pédiatrie ».

« Ma patientèle est jeune avec famille assez aidante ».

- Nécessité de visite à domicile

Une HAD implique un patient nécessitant des visites à domicile. Or, certains médecins interrogés critiquaient l'absence de visite médicale par les médecins d'HAD. D'autres évoquent le fait qu'ils ne peuvent et/ou ne veulent faire des visites à domicile et que de facto une prise en charge en HAD leur imposerait d'en faire, ce qu'il refuse.

« Rare qu'il y ait le médecin de l'HAD qui se déplace au domicile du patient ».

- Patient isolé

La prise en charge HAD nécessite la présence d'un proche, or, il existe des situations de personnes isolées avec des maintiens à domicile complexes qui ne seraient donc pas éligibles à une HAD.

« Pour une personne âgée seule je pense pas que tu puisses faire une HAD, il faut qu'il y ait un accompagnant, une tierce personne à domicile 24h/24 ».

« On nous avait dit l'isolement social, c'est pas un critère, c'est plutôt défavorable, il faut une famille qui soit réactive [...] Sauf que mes patients, eux, n'ont pas tout ça, et j'ai quand même pas envie de les hospitaliser ».

- Niveau de technicité demandé trop lourd

Le niveau de technicité trop lourd par rapport aux situations fréquemment rencontrées

« Il exigeait un niveau technique qui n'était pas présent chez mes patients ».

« J'ai pas de situation de maintien à domicile assez complexe qui nécessiterait une HAD ».

« J'y pense mais c'est compliqué, tant que t'as pas beaucoup de soins à faire euh... il te faut des soins techniques pour valider les soins infirmiers ».

- Inadaptation aux situations aiguës

La nécessité de préparation en amont d'une prise en charge en HAD rend difficile voire impossible la prise en charge en HAD de situation de maintien à domicile complexe qui se dégrade rapidement.

« On est appelé un peu en catastrophe une fois suite à un passage des pompiers parce qu'ils ont chuté et que l'appartement ou l'habitation est insalubre ».

« Finalement l'HAD c'est du chronique c'est rien d'aigu. S'il y a des besoins de quelque chose de très aigu c'est pas l'HAD qui règlera le problème c'est l'hospitalisation ».

- Hospitalo-centrisme

L'HAD est jugée comme étant hospitalo-centrée et donc pas assez en lien avec la réalité des médecins généralistes.

« HAD est hospitalo-centrée et des libéraux dans les dispositifs HAD, il n'y en a pas ou peu, en tous cas pas suffisamment ».

h. Des médecins prêts à se laisser convaincre

Malgré les freins décrits et le fait que tous les médecins ont évoqué des freins, certains médecins prescrivent déjà une HAD et d'autres pas en évoquant une certaine réticence. Aucun médecin rencontré n'a exprimé d'opposition complète à la sollicitation d'une HAD dans le futur.

« Clairement démontré que ça me fait gagner du temps, je serai le premier prescripteur mais on m'a jamais, ni présenté, ni convaincu ».

« Si ça peut tenir un patient à domicile. Je le fais ».

« Maintenant que je sais qui appeler oui ».

7) Les pistes d'amélioration pour l'HAD.

Les médecins ont été consultés sur les pistes d'amélioration pour l'HAD qui pourraient les encourager à solliciter une HAD.

a. La communication

Le défaut de communication est un élément qui a été signalé et décrit dans le retour d'expérience mais également dans les freins à la prescription.

« Qu'il y ait une meilleure communication. Qu'ils t'appellent un peu plus ».

- Besoin d'une communication plus directe

Les médecins évoquent une nécessité de communication et de rencontre plus directes avec les acteurs de l'HAD. Ils souhaitent rencontrer les professionnels de l'HAD. Concernant la promotion et la présentation de l'HAD, ils souhaitent également qu'elles viennent des professionnels de l'HAD directement.

« Que l'HAD vienne se présenter [...] Le contact direct avec la personne. Ça peut être intéressant ».

« Faut que ce soit l'infirmière, faut que ce soit un médecin, toi ? un interne qui vient qui te dit pour l'HAD, elle peut faire ça, ça, ça, nan ça c'est pas du rôle de l'HAD. Oui vous pouvez la demander dans tels cas [...] faut que ce soit quelqu'un propre à l'HAD, même une secrétaire. ».

« Une personne extérieure elle peut pas trop expliquer et rentrer dans les détails ».

- Besoin d'information plus concrète

Les médecins souhaitent une communication concrète.

« Ce que ça vous apporte, voilà les situations où on pourrait l'utiliser ».

« Connaître les bénéfices en termes d'organisation de travail ? pour le patient ? ».

« Une fiche technique assez synthétique sur quelles sont les indications ».

- Nécessité de support de communication simple

Les supports de communication souhaités par les médecins restent assez classiques : la rencontre avec les professionnels de l'HAD (cf. ci-dessus) ou avec des médecins ayant déjà prescrit, une présentation par tutoriel, envoi de mail ou de numéro de téléphone.

« Un numéro envoyé par mail où l'HAD répond à nos questions ».

« Ne serait-ce qu'un mail [...] remplissez cette fiche et on prend en charge ce patient [...] un mail récapitulatif avec ce qu'ils font. ».

- Besoin de formation

Devant le manque de connaissance au sujet de l'HAD, un besoin de formation a également été exprimé, qu'elle ait lieu pendant les études ou après.

« Déjà d'être mieux informé, d'être mieux formé. Il y a les formations KATLA et proposer une demi-journée sur, euh, le médecin généraliste et les recours aux structures telles que l'équipe mobile de gériatrie, l'HAD etc. Pour savoir en fait tous les correspondants avec lesquels on peut s'aider ».

« Les formations par les organismes de formation ou les médecins coordinateurs de ces structures pourraient nous expliquer leur travail ».

b. Besoin de simplification

Il existe également un besoin de simplification.

« Il faudrait simplifier les choses et pas forcément multiplier ».

- Critère d'admission

Les critères d'admission sont jugés trop complexes et devraient être simplifiés.

« Un effort à faire dans la simplification de l'inclusion des patients ».

« Ils ont des critères un peu trop restrictifs ».

- Organisation

Une demande de simplification dans l'organisation est également demandée afin de fluidifier les prises en charge.

« Il faut avoir le même niveau de réactivité. », en évoquant les prestataires à domicile ».

« Est-ce que certaines situations peuvent se régler par téléexpertise ou téléconsultation ? ça peut être un plus ».

c. La place du médecin généraliste dans la prise en charge en HAD

Il s'agit là d'un point de divergence entre les médecins interrogés. En effet, alors que certains jugent qu'ils ne sont pas assez intégrés à la prise en charge de leurs patients et que leur position doit être centrale dans celle-ci, d'autre au contraire souhaitent laisser plus de place aux professionnels de l'HAD, un peu à l'image de ce qui se passe lors d'une hospitalisation conventionnelle. Nous n'avons pas pu identifier de portait type de médecine en faveur d'une position ou d'une autre. En effet, quel que soit l'âge, le lieu d'exercice et le type d'exercice des médecins interrogés nous avons eu des réponses qui allaient dans les 2 sens. Probablement qu'il faudrait un échantillon plus grand ou une étude quantitative afin de pouvoir peut-être esquisser un profil type de médecin en faveur d'une position ou de l'autre.

- Une place plus grande pour l'HAD dans un but de gain de temps

Les médecins qui souhaitent que l'HAD prenne une place plus grande dans la prise en charge des patients évoquent la nécessité de leur libérer du temps.

« Moi, ça m'arrangerait que le médecin HAD entre plus dans la prise en charge du patient et son suivi ».

« Après si t'as un médecin qui est prêt à se déplacer [...]. Je serais pas contre que le médecin coordinateur ait un rôle plus important on va dire que le médecin traitant. Moi, je considérerais ça comme une hospitalisation où t'as pas trop ton mot à dire ».

« Il faut accepter que l'HAD prenne la main ».

- *Le médecin généraliste doit être plus intégré aux soins*

Les médecins souhaitant une plus grande intégration du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en HAD évoquent principalement la mission de coordination des soins qui est partie intégrante de la Médecine Générale. Ce point a été en partie traité dans le retour d'expérience avec des médecins qui évoquaient la sensation de mise à l'écart.

« Je préférerais que ça reste du conseil et de la discussion et que je prendrai la décision finale. Au moins ensemble et pas eux de leur côté et moi du mien. Ça reste nos patients ».

« Tout ce qui est coordination c'est normalement notre rôle donc si moi je le délaisse ben j'ai plus trop grand-chose à faire. Le but ce n'est pas de laisser le patient et de le refiler, entre guillemets ».

« Je le vois pas entre guillemets à ma place ».

8) Les besoins des médecins généralistes

a. Une pluridisciplinarité et une expertise

Les médecins rencontrés travaillent seuls ou avec d'autres confrères mais ils décrivent tous une certaine solitude dans leur pratique quotidienne et surtout dans les situations de maintien à domicile complexe. Beaucoup expriment le besoin d'être épaulés et accompagnés dans la prise en charge de leurs patients dans cette situation.

« Le côté un peu pluridisciplinaire, déjà, parce qu'en Médecine Générale t'es seul et s'est parfois compliqué de savoir si t'es dans les bons choix euh que ce soit dans la limitation ou dans la prise en charge des douleurs [...] même si t'as des confrères au cabinet avec qui tu discutes un peu. Ils ne connaissent pas le patient. Déjà un conseil dans ce qui est fait. Qu'on puisse en discuter à plusieurs ».

« Un appui d'un médecin hospitalier qui a l'habitude de prescrire ce type de thérapeutiques.

[...] moi j'ai plus trop trop l'habitude, être conseillé sur les posologies et tout ».

« La gestion des morphiniques qui parfois angoisse certaines infirmières et certaines proches, c'est souvent la gestion des thérapeutiques lourdes ».

b. Un soutien matériel

En plus des limites personnelles et de l'isolement, certains médecins évoquent également une limitation de nature matérielle.

« Accès à des médicaments et des matériels qu'on n'a pas en ville ».

« Sur des thérapeutiques un petit peu compliquées avec des produits sous tensions, [...] qu'ils puissent nous dépanner avec leurs pharmacies, mais je ne sais pas s'ils sont mieux dotés que les pharmacies de villes ».

c. Diminuer la charge de travail

L'ensemble des médecins rencontrés se plaignaient de manque de temps. Le besoin de libérer du temps de travail est l'un des besoins qui revient le plus parmi les réponses données.

« Me libérer du temps euh... et que j'aie moins besoin de faire des visites à domicile ».

« Quelqu'un sur qui on peut décharger comme ça, sur qui on peut compter dans une relation de soin ça peut être intéressant ».

« Des passages infirmiers plus soutenus ».

d. Assurer la continuité des soins

Le manque de temps et les plannings des médecins interrogés ne permet pas d'assurer une continuité des soins de manière optimale. Il existe un besoin de se reposer sur d'autres structures et confrères/consœurs afin d'assurer cette continuité de soins, en présence ou en absence du médecin dans son cabinet.

« Permanence de soins [...] si y a un problème très aigu, pouvoir orienter le patient et/ou le

gérer sur place plutôt que d'appeler le 15 ».

« Et si y'a des urgences le week-end, moi je suis pas là, elle va appeler en urgence, voir avec un collègue de l'HAD qui peut donner des instructions ».

e. Un intervenant unique

Les maintiens à domicile complexes font intervenir plusieurs partenaires et cela génère un souhait de regrouper l'ensemble de ses intervenants au sein d'une même structure.

« Un seul intervenant avec qui communiquer, ça unifie la prise en charge et la communication ».

f. Éviter l'hospitalisation du patient

Enfin, plusieurs médecins évoquent leur souhait d'éviter une hospitalisation pour leurs patients et ils motivent par la plus-value que le maintien à domicile apporterait la qualité de vie des patients.

« Ne pas l'hospitaliser s'est déjà un gros confort en fait pour des gens qui ont vraiment envie de partir à la maison, entourés de leurs proches ».

IV. Discussion

L'objectif de ce travail est d'identifier les freins à initier une hospitalisation à domicile chez les médecins généralistes Bas-Rhinois. Il s'agit d'une étude qualitative sur la base d'entretiens semi-dirigés menée en présentiel ou en visioconférence auprès de 12 médecins généralistes Bas-Rhinois. Au vu de nos différents résultats, nous constatons que nous avons répondu à l'objectif de ce travail. Reste à confronter ces résultats à la réalité, aux données de la bibliographie, aux données qui nous ont été partagé par la CPAM du Bas-Rhin suites aux campagnes de communication au sujet de l'HAD et aux retours des professionnels de l'HAD.

1) Forces de cette étude

L'une des forces de cette étude réside dans le choix de la méthode. En effet, nous interrogeons ici l'opinion des médecins, leurs difficultés, leurs ressentis et choix. Le choix de la méthode qualitative s'est imposé de lui-même.

Nous avons fait le choix de mener cette étude à l'échelle du territoire couvert par une CPAM. Le but étant que les résultats recueillis ne se rapportent pas à une structure d'HAD mais à plusieurs. Nous avons fait le choix du Bas-Rhin car il s'agit de notre département de formation mais aussi parce que la promotion de l'HAD auprès des médecins généralistes Bas-Rhinois et la lutte contre les freins à la prescription fait partie des objectifs de la CPAM du Bas-Rhin en 2022. D'ailleurs, à ce jour, aucune étude qualitative dans le but d'identifier les freins à la sollicitation d'une HAD auprès des médecins généralistes n'a été menée dans le département.

Afin de permettre une plus grande liberté de parole et de recueillir des éléments nouveaux, nous avons opté pour réaliser cette étude avec des entretiens individuels. Les entretiens individuels permettent également d'éviter l'autocensure devant le risque de jugement et la peur du désaccord avec les autres individus interrogés, dans le cadre d'entretiens collectifs de type focus groupe.

Le choix de faire ces entretiens en semi-dirigé a permis l'émergence de beaucoup d'idées et

une fluidité dans l'échange que nous n'aurions probablement pas obtenus avec des questionnaires fermés. Grâce à ce type d'entretien, nous avons pu recevoir des réponses variées et atteindre la saturation des données.

N'étant pas médecin praticien en HAD ou interne en HAD pendant la réalisation de ce travail et n'ayant pas de lien d'intérêt avec ces structures ou la CPAM, nous avons pu obtenir une parole plus libre de la part des médecins interrogés. Nous avons également pris garde de ne pas évoquer notre expérience passée au sein de l'HAD Sud Alsace afin de ne pas influencer les réponses des médecins.

2) Faiblesses de cette étude

Malgré les points forts cités précédemment, nous avons identifié de multiples faiblesses dans notre étude.

a. Biais de sélection

La première faiblesse que nous avons identifiée est le biais de sélection.

En effet, seuls les médecins volontaires ont répondu à notre étude suite à nos multiples sollicitations. Il y a ici un biais de motivation qui pourrait influencer les résultats de cette étude. Ainsi, les médecins intéressés par ce sujet et/ou ayant des choses à dire ont plus facilement répondu favorablement à nos sollicitations. À l'inverse, ce sont possiblement les médecins les moins intéressés et les plus blasés par la question de l'HAD qui n'ont pas répondu à nos sollicitations alors qu'ils auraient peut-être eu des informations importantes à transmettre.

Le but d'une étude qualitative n'étant pas d'être représentatif, le choix des médecins interrogés n'est pas nécessairement randomisé et représentatif de la population étudiée. Les premiers médecins contactés ont été choisis de manière aléatoire à partir des données disponibles sur le site internet www.doctolib.fr ce qui expose le choix des médecins interrogés présente un risque

d'échantillonnage de commodité. En effet, si le site recense l'ensemble des médecins en France, il met en avant ceux utilisant son système de prise de rendez-vous.

Dans un second temps, les médecins interrogés ont été recrutés dans notre cercle de connaissance et par effet « boule de neige » (sur recommandation de médecins précédemment interrogés). Ces méthodes exposent à des risques de biais d'échantillonnage mais permettent également de limiter le biais de motivation. En effet, peut-être que grâce à ce mode de recrutement, des médecins qui ne seraient pas enclins à répondre à une telle étude acceptent d'y participer. Le fait que certains entretiens se soient déroulés avec des médecins recommandés par d'autres ou issus des connaissances personnelles de l'investigateur a permis d'avoir des entretiens conviviaux et parfois plus personnels, mais cela a pu influencer les réponses des personnes interrogées (peur du jugement ou envie d'essayer de satisfaire l'investigateur).

b. Biais d'investigation

Cette étude étant la première menée par l'investigateur, les entretiens ont pu ne pas être optimisés et un manque d'objectivité peut être présent, d'autant plus, eu égard à son expérience passée en HAD mais également à son avis personnel en tant qu'interne de Médecine Générale. De par sa tonalité, sa communication non-verbale, il a pu influencer le positionnement des médecins interrogés lors des entretiens. Néanmoins l'élaboration du guide d'entretien semi-dirigé a permis de limiter ce risque.

c. Biais de recueil

Le lieu et le moment de l'entretien ont pu avoir un impact sur les réponses obtenues. En effet, certains entretiens ont eu lieu par visioconférence ce qui a limité notre qualité d'observation mais qui a induit aussi certains désagréments qui ont pu influencer la qualité de l'entretien (qualité de la connexion, coupures et intervention de proches). Le choix du moment de l'entretien peut

également avoir un impact sur la qualité de l'échange. Un médecin qui répond à un entretien le soir après une longue durée de consultation ou au milieu d'une plage de rendez-vous peut ne pas avoir la même disponibilité que lors d'un entretien réalisé en après-midi pendant une demi-journée de congé.

d. Biais d'interprétation

Les entretiens qualitatifs ayant pour but de traiter les ressentis et les avis, ils peuvent induire un manque de subjectivité. Toutefois, comme c'est l'opinion des médecins qui nous intéressait, ce biais n'en est finalement pas un.

e. Biais de fixation sur objectif

Les entretiens semi-dirigés permettent une grande liberté aux personnes interrogées mais cette méthode impose une certaine structuration des entretiens avec notamment plusieurs thèmes à évoquer. Le but de ces études étant d'identifier le plus d'informations possibles sur un sujet pour atteindre la saturation des données. Il existe donc un risque de fermeture prématurée des hypothèses. Il s'agit d'un concept issu de l'étude des erreurs cognitives dans la prise de décision clinique. Ce type d'erreur peut être présent dans l'ensemble des prises de décision. Elle consiste en le fait de conclure trop hâtivement une investigation en favorisant inconsciemment une hypothèse sans avoir assez exploré les autres, voire en niant l'existence de certaines voire de toutes les hypothèses alternatives.

3) La composition de notre panel

Notre panel est composé d'une grande diversité de profil en termes d'âge, sexe, ancienneté, lieux et types d'exercice.

En effet, nous avons au moins un médecin par tranche d'âge en dizaine, autant de femmes que d'hommes, des médecins libéraux stricts et d'autres avec une activité mixte, des médecins travaillant seuls et d'autres en groupe et enfin des médecins exerçant en milieu rural, semi-rural ou urbain.

À titre informatif, nous avons jugé intéressant de comparer les caractéristiques de notre panel avec celles des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins du Bas-Rhin en 2022. Nous nous sommes basés sur les données mises à disposition par la DREES et le dispositif C@rtoSanté pour les données démographiques des médecins généralistes inscrits à l'Ordre départemental du Bas-Rhin en 2022 (52,53).

Notre panel était plus jeune (45,8 ans contre 49ans), plus féminin (50 % de femmes contre 46,7 %) et avec une activité libérale stricte similaire (75 % de médecins avec une activité libérale stricte contre 78 %) que la population des médecins généralistes inscrits à l'ordre du Bas-Rhin.

Concernant le nombre de médecins exerçant en cabinet, il n'y a pas à notre connaissance de chiffre au niveau départemental et/ou régional. Au niveau national, 58% des médecins exerçant en cabinet, travaillent seuls, contre 25% des médecins interrogés. Ce taux plus élevé de médecins exerçant avec un ou plusieurs confrères/consœurs impliquent un isolement moindre et pourrait donc les médecins moins enclins à demander de l'aide en dehors du cabinet. Le fait de travailler en groupe peut également influencer positivement ou négativement sur les sollicitations d'une HAD en fonction des recommandations et expériences des confrères/consœurs qui consultent dans le cabinet.

Quant au lieu d'exercice, il n'existe pas de chiffre répartissant les médecins en fonction du degré de ruralité des communes dans lesquels ils exercent. Néanmoins, le département du Bas-

Rhin est un département majoritairement urbain avec plus de 88 % de communes qui sont définies comme des communes urbaines ou rurales péri-urbaines (rurales sous l'influence d'un pôle urbain) (54). Notre panel est donc en accord avec cette répartition démographique des médecins au niveau départemental avec plus de la moitié des médecins exerçant dans des zones urbaines ou semi-rurales.

Globalement, les caractéristiques de notre panel restent assez proches de celles des Médecins généralistes inscrits à l'Ordre Départemental des Médecins du Bas-Rhin.

4) Interprétation des résultats

Dans cette étude nous avons pu questionner non seulement les freins à la sollicitation d'une HAD par les médecins généralistes Bas-Rhinois, mais plus largement leurs rapports à ce type de prise en charge. Cela nous a amené à évoquer la place du médecin généraliste, à être à l'écoute de leurs ressentis et à évoquer leurs souhaits et besoins.

Les médecins rencontrés travaillent tous avec un réseau de professionnels de santé et des structures de soutien et de coordination locale (DAC, EMSP, CPTS...) qu'ils se sont créés au fur et à mesure des années et avec les ressources disponibles à leur proximité. Il est surprenant de constater que peu ont évoqué l'HAD et aucun ne l'a évoqué en premier alors que nous parlions de situations éligibles à une HAD et que nous présentions notre entretien comme étant au sujet de l'HAD et/ou des situations de maintien à domicile complexes.

Les médecins rencontrés évoquaient tous des difficultés pour pouvoir prendre en charge les patients avec maintien à domicile complexe. L'un des points majeurs évoqués était la difficulté de pouvoir réaliser les visites à domicile car trop chronophages (ce qui limiterait leur capacité à voir d'autres patients selon eux) et pas assez rémunérées. Une révision récente de la convention entre la CNAM et les syndicats de médecins généralistes a permis la revalorisation de certains actes mais il n'a pas été créé de rémunération spécifique pour les actes dans le cadre d'une prise en

charge des patients en HAD pour les médecins traitants (55). D'ailleurs si cette convention enjoint les médecins à éviter les hospitalisations, elle n'évoque nulle part la solution de l'HAD. En effet actuellement, les visites à domicile sont rémunérées 26,50 euros avec une majoration de déplacement de 10 euros si la visite est médicalement justifiée. À cela s'ajoutent des indemnités kilométriques et des majorations si la consultation est effectuée au-delà de vingt heures en semaine, avant huit heures ou les week-ends après samedi midi ou les jours fériés (56).

Il existe des cas de figure pour lesquels les visites à domicile sont mieux rémunérées, il s'agit des visites décrites comme nécessitant une « consultation très complexe au domicile du patient ». Elles sont rémunérées à soixante euros et sont justifiées par le fait que le patient doit être soit en soins palliatifs, soit être âgé de plus de 80 ans et être en ALD, soit être atteint de maladie neurodégénérative, soit consulter pour la première fois un nouveau médecin traitant et avoir plus de 80 ans et/ou être en ALD. Dans les trois premiers cas de figure, le médecin ne peut facturer plus de 4 visites longues par an par patient (57).

Les médecins interrogés étaient tous ouverts à essayer une prise en charge en HAD et évoquaient comme principaux freins à la sollicitation d'une telle prise en charge : la méconnaissance, la complexité, le manque de communication, les retours d'expériences négatifs et l'inadéquation avec leurs réalités. La CPAM du Bas-Rhin a mené deux campagnes de communication auprès des médecins généralistes Bas-Rhinois afin de les encourager à solliciter une HAD mais cela est-il suffisant pour faire face à ces multiples freins ?

Il existe des freins mais également des avantages évoqués par certains médecins. Les besoins des médecins dans la prise en charge des patients en maintien à domicile complexe sont les suivants : de la pluridisciplinarité, du matériel, une décharge partielle ou totale des visites à domicile, une communication simple et efficace. L'HAD actuelle pourrait répondre à une partie de ces besoins en permettant de lutter contre l'isolement des médecins généralistes mais également en apportant une aide en matière de gestion du matériel et de coordination des acteurs dans les

situations de maintien à domicile complexe éligible à l'HAD.

a. L'HAD n'est pas un réflexe

Les médecins interrogés ont rarement évoqué spontanément l'HAD comme solution d'un maintien à domicile complexe. Seuls 2 d'entre eux l'ont évoquée mais jamais parmi les premières solutions.

Ils évoquent plus facilement les professionnels de santé de proximité, le Dispositif d'Appui à la Coordination ou encore les structures de coordination de professionnels à l'échelle de leur territoire. Ces choix sont motivés par le fait qu'il s'agit d'interlocuteurs qu'ils connaissent bien, qu'ils ont eu des expériences passées positives, qu'ils ont l'habitude de travailler ensemble, qu'ils ont une bonne réactivité et que le travail en commun est décrit comme fluide. Or, il s'agit là des principaux éléments décrits comme manquant pour l'HAD par les médecins interrogés.

Il ressort de cette étude que les médecins avaient une liste d'interlocuteurs privilégiés pour leurs prises en charge et qu'ils en sortaient très rarement. Les éléments primordiaux qu'ils mettaient en avant ont été le fait de se connaître, d'avoir un patient en commun mais également d'être proches. Si cela est vrai pour les professionnels libéraux et les structures de coordination locales, ça l'est beaucoup moins pour le Dispositif d'Appui ou l'équipe mobile de soins palliatifs qui opèrent sur des territoires plus grands et qui seraient par définition moins proches. Concernant ces structures, les médecins mettent en avant le fait de les connaître mais également la facilité de contact et l'efficacité des prises en charge.

Il y a donc nécessité, non seulement de faire connaître l'HAD, mais également de créer un contact et une proximité avec le médecin afin d'entrer dans la liste de ses collaborateurs et de faire de l'HAD un réflexe pour eux.

b. La méconnaissance

L'élément qui est le plus revenu lors des entretiens est une méconnaissance globale de l'HAD. Il s'agit également d'un frein qui est décrit dans la majorité des travaux qui traitent de la relation entre l'HAD et les médecins généralistes. D'ailleurs, de multiples travaux invitent à lutter contre cette méconnaissance et c'est également le but des 2 campagnes de la CPAM.

Si le but d'éviter une hospitalisation et/ou de la raccourcir est connu par l'ensemble des médecins interrogés les indications, les modalités et les possibilités de sollicitation d'une HAD, le rôle de ces établissements, le rôle des acteurs de l'HAD, ses apports et le mode de sortie sont mal connues. Il s'agit du principal frein évoqué par les médecins interrogés.

Il est intéressant de noter que même chez les médecins qui avaient bénéficié de la campagne de communication de la CPAM du Bas-Rhin, il persistait de nombreuses zones d'ombre concernant l'HAD. En effet, le fait que la présentation soit faite par un agent des CPAM, qui de surcroît n'est pas professionnel de santé, a été vu par certains médecins comme une volonté des instances dirigeantes de la CNAM d'influencer sur leurs pratiques médicales.

Ces entretiens se sont déroulés sur fond de réformes du système de santé et de négociations conventionnelles particulièrement âpres entre la CNAM et les représentants des syndicats de médecins (58). Les syndicats de médecins généralistes ont appelé à de multiples reprises à des journées de grève voire à d'autres types d'expression de mécontentement à travers la France et de multiples collectifs de médecins se sont créés à travers la France (59). Le sujet de ces mouvements syndicaux et indépendants n'était pas seulement pécuniaire mais également et surtout l'expression d'un mal-être profond, d'une rupture de confiance entre la CNAM et certains médecins généralistes. Cette rupture est symbolisée par le recours au règlement arbitral devant l'absence d'accord sur une convention en avril 2023 (60) avant qu'une nouvelle convention ne soit signée plus tard. Dans cette ambiance générale, le choix du délégué de l'assurance maladie pour encourager la sollicitation d'une HAD a pu avoir un effet contre-productif.

De surcroît, il ne s'agit ni d'un professionnel de l'HAD et ni d'un professionnel de santé ce qui diminue sa légitimité à parler de cette question. De plus, les indications de l'HAD et les subtilités d'une telle prise en charge sont très complexes et nécessitent une bonne connaissance du sujet. Dans notre recherche, les médecins généralistes étaient demandeurs de rencontrer un membre de l'équipe à l'image de ce qui se fait pour les professionnels de santé libéraux qui s'installent dans leurs quartiers, des prestataires à domiciles, voir des laboratoires pharmaceutiques. Les professionnels de l'HAD rencontrés étaient conscients de ce frein, ils assurent fournir des efforts de communication et de pédagogie avec les médecins qui les contactent mais reconnaissent être limités par des contraintes de disponibilité pour pouvoir échanger convenablement avec les médecins généralistes qui les sollicitent. Ils évoquent également le fait que les médecins généralistes les sollicitent rarement, qu'ils sont nombreux, éparpillés sur le territoire et qu'ils sont eux aussi souvent difficilement joignables et disponibles pour échanger ce qui rendrait très difficiles les campagnes de communication.

Si l'influence des visites dans les structures d'exercice sur le choix des médecins restent difficile à définir, elle est néanmoins moins existante (61). En Alsace, de multiples services hospitaliers bénéficient de visites régulières de professionnels de l'HAD voir de collaborations avec ceux-ci (exemple les services de Pédiatrie du centre hospitalier universitaire de Strasbourg et l'HAD Aural Strasbourg). Il serait peut-être intéressant d'organiser des rencontres entre les médecins généralistes et les professionnels de l'HAD soit sur leurs lieux de travail soit dans les congrès ou colloque à l'image des Journées Médicales de Strasbourg qui regroupent chaque année des centaines de médecins généralistes alsaciens.

Récemment, le 9 février 2024, des médecins de l'HAD Aural Strasbourg ont présenté l'HAD aux professionnels de santé de la CPTS de Strasbourg Eurométropole Sud et Ouest sous forme d'un webinaire de moins de vingt minutes (62). Il est encore trop tôt pour en connaître les retombées de cette action.

Les structures d'HAD en Alsace se sont réunies dans une association, Alsace HAD, qui a pour but entre autres de promouvoir l'HAD mais également de fédérer les structures d'HAD présentes. Dans ce but, elle a créé un site internet : www.alsace-had.fr afin de faciliter l'orientation de patients et des médecins. Néanmoins, il n'était connu que d'un seul des médecins interrogés mais qui n'a pas trouvé l'information qu'il recherchait dans le site alors qu'elle était dans le page d'accueil.

Dans ce même but de faire connaître l'HAD, l'HAS a créé un outil en ligne afin d'évaluer l'orientation d'un patient vers l'HAD. Il s'agit de l'aide à la décision d'orientation des patients en HAD : <http://adophad.has-sante.fr> (63). Aucun médecin interrogé ne connaissait l'existence de cet outil.

Enfin, l'HAD est peu présente dans la formation des étudiants en Médecine Générale. En 2022, les professionnels de l'HAD ne sont jamais intervenus auprès des internes de Médecine Générale lors de leurs formations et très peu d'internes font un stage dans une structure d'HAD. En novembre 2022, seuls 3 terrains de stage comptaient un stage de 2 mois en HAD sur un total de 1166 terrains de stage de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Strasbourg (64). Néanmoins, il est important de noter un changement majeur dans ce domaine : L'HAD Aural de Strasbourg va organiser une formation à destination des internes de Médecine strasbourgeois en collaboration avec le syndicat autonome des internes alsacien au cours de l'année universitaire 2024-2025.

Seul un médecin déclarait bien connaître l'HAD, il avait une activité mixte, libérale et salariée en EHPAD. Il reconnaissait que la méconnaissance globale était le principal frein à la prescription chez ses confrères.

Néanmoins, parmi les autres médecins ayant déjà prescrit ou pris en charge un patient en HAD, aucun ne se sentait à l'aise avec les indications, le rôle et le mode de fonctionnement de l'HAD. Une solution serait peut-être que l'HAD se saisisse de la question à chaque nouvelle collaboration avec un médecin pour lui rappeler ou lui donner les informations manquantes.

Concernant les modes de prise en charge, qui sont au nombre de 29, seuls cinq sont nommément mentionnés par les médecins rencontrés : le traitement intraveineux, les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, les pansements complexes et soins spécifiques, ainsi que la transfusion (aucune HAD dans le Bas-Rhin n'en pratiquait en 2022). Toutefois, aucun des médecins interrogés n'était en mesure de définir précisément ces différents modes de prise en charge.

Il faut tout de même reconnaître que la majorité des modes de prise en charge concernent principalement des situations de soins post-hospitaliers (par exemple : surveillance post-chimiothérapie, rééducation orthopédique, sortie précoce de chirurgie...). Néanmoins, d'autres modes de prises en charge pourraient également être envisagés pour des patients suivis par des médecins généralistes, telles que les soins de nursing lourds pour les patients grabataires, l'éducation du patient et de son entourage pour ceux atteints de pathologies graves, ou encore la nutrition parentérale pour les patients dénutris.

Le patient type éligible à une HAD, tel que décrit par les médecins rencontrés, était un patient âgé, atteint de multiples maladies chroniques, en fin de vie, nécessitant des soins lourds. Cela semble probablement résulter d'un amalgame entre HAD, équipes mobiles de soins palliatifs et équipes mobiles de gériatrie. Toutefois, il n'y a pas de limite d'âge pour être admis en HAD, et tout type de pathologie, à l'exception des pathologies psychiatriques, peut être pris en charge, à condition qu'elle entraîne un besoin de soins lourds et/ou complexes, sans nécessité impérative d'hospitalisation conventionnelle. Ainsi, l'HAD peut intervenir aussi bien pour la surveillance d'un fœtus dans le cadre d'une grossesse à risque que pour l'accompagnement d'une fin de vie. Certains évoquaient même l'âge comme un frein à la sollicitation d'une HAD.

La méconnaissance de l'HAD est un frein à la sollicitation d'une HAD qui revient souvent dans les conclusions des travaux qui traitent ce sujet (65,66). Il s'agit d'un frein qui existe depuis longtemps car en 1994 un rapport du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation évoquait

déjà ce frein (67). Enfin, il s'agit du sujet du premier axe de la feuille de route HAD 2021-2026 qui a pour but le développement de l'HAD : « AXE1 : Améliorer la connaissance de l'HAD et l'attractivité de cette activité » (21). Les professionnels d'HAD en sont conscients et bien que limités par des contraintes de disponibilité et de démographie médicale, de plus en plus d'actions sont menées pour faire connaître l'HAD.

c. Les retours d'expérience

Les retours d'expérience sont très différents d'un médecin à l'autre. La majorité des médecins ont rapporté des retours d'expérience négatifs sauf deux médecins. Les 2 médecins ayant eu des retours d'expérience positifs sont les plus âgés du panel, dont un qui fait appel à l'HAD principalement dans le cadre de son activité en EHPAD. Toutefois, quelle que soit l'impression globale de la prise en charge par l'HAD, ils ont tous évoqué des éléments positifs et d'autres négatifs.

Si les médecins reconnaissent à l'HAD une certaine expertise, un soutien matériel et le fait qu'elle a permis de rompre leur isolement, les griefs à son égard sont nombreux.

Lorsque les médecins sont interrogés sur leurs expériences passées concernant l'HAD, ils évoquent des lenteurs de livraison de médicaments, des prises en charge chronophage, une lourdeur administrative, des refus réguliers, le sentiment de mise à l'écart de la prise en charge, l'absence de plus-value claire et une prise en charge incomplète trop souvent centrée sur une pathologie faisant fi du reste des pathologies du patient et de ses besoins non uniquement médicaux tels aide-ménagère et aide de vie.

Ce frein est essentiel, d'autant plus que la majorité des médecins généralistes installés en cabinet le sont à plusieurs. Ainsi, un médecin déçu de l'HAD aura moins tendance à la solliciter et peut exercer une influence sur ses pairs. De multiples études ont été menées pour étudier l'impact de « la contagion sociale » (le fait de faire comme un les autres) au sein des professions médicales,

elles concluent majoritairement à un impact des pratiques des pairs sur le choix des médecins d'autant plus important qu'ils entretiennent des liens entre eux (61). D'après les remontées d'informations des DAM lors de la campagne de communication sur l'HAD dans le Bas-Rhin, les mauvais retours d'expériences sont les éléments qui pourraient le plus justifier les refus de solliciter une HAD.

Les professionnels de l'HAD justifient les refus réguliers par une méconnaissance des modes de prise en charge, et très souvent, un amalgame entre l'HAD et les autres structures d'aide au maintien à domicile.

Les freins identifiés dans les retours d'expérience sont d'ailleurs cités spontanément par des médecins qui n'ont jamais prescrit d'HAD ce qui prouve une certaine diffusion de ces idées dans la communauté médicale. Plusieurs médecins évoquent le fait que l'HAD pâtirait d'une mauvaise réputation.

De nombreux travaux au sujet des rapports entre HAD et médecins généralistes font mention de retours d'expériences mitigés, voire parfois paradoxaux mais toujours avec une tendance plus péjorative qu'encourageante concernant une future prescription (29,65).

A l'instar de l'entretien d'admission entre le médecin traitant et les professionnels de l'HAD, un entretien de fin de prise en charge permettrait peut-être d'identifier plus facilement ces mauvais retours d'expérience. Cet entretien permettrait également de permettre aux médecins généralistes de mieux vivre la fin de prise en charge qui est décrite par les médecins interrogés comme étant trop souvent décrétée par l'HAD sans que leur avis soit assez pris en compte. Les médecins praticiens en HAD disent souvent subir eux-mêmes ces fins de prise en charge qui sont, d'après eux, souvent indépendantes de leur volonté et dues à la fin des traitements spécifiques qui justifient l'HAD. Par exemple, dans le cas d'une cicatrice traitée par thérapie par pression négative, lorsque le chirurgien décide d'arrêter ce traitement, l'HAD ne peut continuer car elle est justifiée par l'utilisation de cette technique. Toutefois, ils reconnaissent que parfois cela peut être vécu

brutalement mais assurent fournir des efforts à ce sujet.

d. Place du médecin généraliste dans la prise en charge

Si dans les débuts, l'hospitalisation à domicile faisait exclusivement suite à une hospitalisation et était une prolongation du service d'hospitalisation au sein du domicile du patient avec les mêmes médecins et soignants, elle est très rapidement devenue un mode de prise en charge indépendant des services d'hospitalisation conventionnelle.

Avant la création de l'HAD la répartition des tâches entre médecins hospitaliers et médecins généralistes de ville était claire. Les patients hospitalisés étaient sous la responsabilité médicale des médecins hospitaliers et les médecins traitants généralistes étaient responsables de leurs patients en dehors de l'hôpital. L'arrivée de l'HAD a créé un changement dans cette répartition des tâches avec l'arrivée de patients hospitalisés à leur domicile. Les patients avaient donc comme référent un médecin d'HAD et un médecin traitant généraliste. Comme il a été présenté en introduction, dès les premiers textes encadrant la création et le développement de l'HAD, le médecin traitant est cité comme référent médical central du patient. La dernière réforme datant de 2022 maintient le statut de médecin référent au médecin traitant ou à tout médecin choisi par le patient pour cette mission. Elle crée également le statut de Médecin praticien en Hospitalisation à domicile (20) et lui permet d'être médecin référent du patient en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou d'incapacité d'avoir son accord dans la prise en charge (68).

Malgré le rôle de référent qui est conféré et assuré au médecin traitant dans la prise en charge du patient, plusieurs médecins se plaignent de ne pas être assez pris en compte dans le suivi du patient. Notamment lors de la fin de prise en charge. Si à l'admission, l'accord du médecin traitant est demandé, les médecins se plaignent que leurs avis ne sont pas sollicités quant à la fin de prise en charge. Ce ressenti de mise à l'écart est également ressenti durant la prise en charge.

Cette question nous interroge quant à la place du médecin généraliste dans la prise en charge

des patients en HAD. Nous avons eu des réponses très différentes à ce sujet. Si certains médecins souhaitent jouer un rôle central de décision et de suivi de leurs patients d'autres au contraire préféreraient laisser place au médecin praticien en HAD au même titre que lors d'une hospitalisation conventionnelle.

Les médecins qui souhaitent n'avoir qu'un rôle consultatif lors de la prise en charge de leurs patients en HAD justifient principalement ce choix par le manque de temps.

Les médecins qui défendent une position centrale dans la prise en charge de leurs patients en HAD évoquent leur rôle de médecin traitant qui implique de coordonner les soins et d'assurer le suivi médical du patient (69). De plus, certains médecins considèrent que l'HAD s'accapare les prérogatives de la Médecine Générale qui est une spécialité qui se veut centrée sur le patient, dont le but est d'assurer la continuité, le suivi et la coordination des soins basée sur une approche globale des patients (70).

Ces positions antagonistes sur la position de chacun dans la prise en charge des patients en HAD sont également retranscrites dans d'autres travaux et celles qui portent sur des données quantitatives tendraient à conclure qu'il existe une majorité de médecins généralistes qui souhaiteraient garder leur rôle de médecins référents et être plus impliqués dans la prise en charge de leurs patients (65,66).

En revanche, on peut noter que les éléments motivant les médecins qui souhaitent que l'HAD soit en première ligne dans la prise en charge des patients ne sont pas spécifiques à ce mode de prise en charge et sont plus conjecturaux : manque de temps, difficulté de réaliser des visites à domicile, complexité des situations et rémunération jugée trop insuffisante.

Il est important de noter qu'actuellement, le médecin traitant est censé être le référent médical du patient et que le médecin praticien en HAD a pour rôle d'être le coordinateur médical des acteurs d'HAD pendant le séjour tout en assurant la continuité des soins si nécessaire.

e. Mauvaise communication

L'un des éléments qui revenait régulièrement dans les mauvais retours d'expérience et l'une des causes évoquées de méconnaissance de l'HAD par les médecins interrogés et également par les retours des délégués d'assurance maladie ayant rencontré des médecins à ce sujet était la mauvaise communication voire le manque de communication entre l'HAD et les médecins généralistes. Il est important de noter que ce point suscite une divergence entre les médecins interrogés. Si la majorité était insatisfaite de la communication entre eux et l'HAD, il est important de noter que deux médecins étaient satisfaits de celle-ci. Ces deux médecins, utilisaient des moyens de communication assez simples à savoir un classeur au chevet du patient et des appels téléphoniques pour communiquer avec les équipes de l'HAD. Il s'agit de médecins ayant une expérience ancienne de l'HAD et n'utilisant que très peu les moyens de communications numériques.

Néanmoins, beaucoup d'études confortent l'idée d'un problème de communication. Il s'agit d'un frein qui n'est pas spécifique aux HAD Bas-Rhinoises et que l'on retrouve régulièrement conclusion des travaux au sujet de l'HAD (29,65,66,71).

Les médecins qui se plaignaient de défaut de communication ont bénéficié de multiples supports de communication avec l'HAD que ce soit par courriel, cahier de suivi au pied du patient, application voire tablette. Néanmoins, ils se plaignent tous de défauts de communication et de coordination. Ce n'est donc peut-être pas seulement qu'une question de moyen.

Contrairement à certaines études qui ne permettent pas de conclure à un moyen de communication à favoriser, notre étude montre un souhait des médecins interrogés de favoriser les moyens de communication plus directs et plus simples par exemple les appels téléphoniques ou les rencontres en présentiel (72). Ce souhait est partagé par les médecins praticiens en HAD rencontrés. Ils évoquent des contraintes de disponibilités et des difficultés à joindre les médecins généralistes.

f. Une HAD trop hospitalo-centrée, pas assez intégrée en ville

L'HAD est majoritairement prescrite par des médecins hospitaliers et elle fait souvent suite à une hospitalisation. Les médecins interrogés trouvaient que le fonctionnement mais également les contraintes d'admission n'étaient trop souvent mal adaptées à la médecine de ville et à leurs besoins. Ce frein fait écho à celui de la place du médecin dans la prise en charge des patients en HAD. En effet, déjà en 1997, il était évoqué un certain hospitalo-centrisme avec des prises en charge calquées sur ce qui se faisait à l'hôpital avec des médecins traitants qui subissaient très souvent les décisions des confrères hospitaliers (67).

L'un des éléments qui revenait le plus souvent pour illustrer cette inadéquation avec les besoins en médecine de ville est la nécessité que le patient ait un proche et qu'il puisse lancer l'alerte. Or, les médecins rencontrés évoquaient qu'ils avaient souvent des patients isolés socialement chez qui un maintien à domicile était nécessaire. En conséquence, ils étaient non-éligibles à une prise en charge en HAD. À noter qu'il existe certaines HAD qui prennent en charge des patients isolés socialement et que cela dépend des compétences de chaque établissement. Ils évoquaient également l'absence de prise en charge des aides ménagères ce qui impliquait la multiplication des intermédiaires et rendaient la prise en charge par l'HAD incomplète selon eux. En effet, l'HAD étant une structure sanitaire, elle ne prend pas en charge les aides ménagères qui relèvent du médico-sociale.

De plus, certains médecins disent avoir l'impression que l'HAD ne connaît pas assez la réalité de la médecine de ville et serait parfois en décalage par rapport à leurs réalités.

Afin de rapprocher l'HAD de la réalité des médecins généralistes, Dr. Mallet, qui évoque également cette problématique dans sa thèse, préconise d'augmenter le recrutement d'agents des structures d'HAD issus du « monde libéral » (65). Sur ce point, les médecins d'HAD reconnaissent que peut-être par le passé les médecins d'HAD Bas-Rhinois étaient beaucoup issus du secteur hospitalier mais ils déclarent que ce n'est pas le cas actuellement. Pour exemple, ils citent l'équipe

médicale de l'HAD Aural est composée de 75% de médecins issus du secteur libéral. A ce jour, nous n'avons pas trouvé de chiffre sur le secteur de provenance des médecins praticiens en HAD dans le Bas-Rhin ou en France.

Ce sentiment d'incompréhension de l'HAD des réalités des libéraux et de son hospitalo-centrisme est d'autant plus important que l'on voit apparaître de multiples structures et organismes créés par des professionnels de santé à l'échelle territoriale afin d'organiser et de coordonner les soins (exemple CPTS, MSP...). Ces structures ont été citées par certains médecins comme étant des concurrentes à l'HAD et ils les préféreraient à cette dernière car uniquement constituées d'acteurs locaux qui se connaissent et connaissent le terrain. L'intégration des structures d'HAD au sein de ces structures ou une collaboration rapprochée avec celles-ci pourrait rapprocher les médecins généralistes des structures d'HAD et diminuer ce ressenti d'éloignement. Il faut que les établissements d'HAD intègrent les structures de coordination de soins territoriales afin d'être au plus proche des circuits de prise en charge des patients que ces structures mettront en place et de se faire connaître des professionnels de santé du territoire qu'elles couvrent. C'est également l'une des ambitions affichées de la feuille de route HAD 2021-2026 avec son axe 2 qui est dédié à « renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire » (21). À noter que les HAD sont les premières structures qui ont été créées avec le but de coordonner les soins en ville.

g. Complexité

Il existe 23 modes de prise en charge (permettant de justifier une indication à une HAD) avec possibilité d'en associer certaines. Chaque mode de prise en charge est décrit dans le détail avec ce qu'il contient et les modalités de codage et diagnostiques associées au sein d'un tableau de 32 pages dans le guide méthodologique de production des recueils d'information standardisées de l'hospitalisation à domicile (32). Ce document permet une définition précise mais également complexe des situations qui relèvent ou non d'une HAD. Cette précision vient conforter le frein

précédent de l'inadéquation avec la réalité des médecins généralistes. La situation est d'autant plus complexe que toutes les HAD ne prennent pas en charge toutes les pathologies et indications décrites dans le document.

Dans leur exercice les médecins généralistes font face à de multiples situations de maintiens à domicile complexes qui parfois n'entrent pas dans les cases de ce tableau de 32 pages. D'ailleurs au décours de nos discussions préparatoires à ce travail, nous avons découvert que les professionnels de l'HAD eux-mêmes se trouvent parfois perdus devant la complexité de certains cas de figure ne correspondant pas aux définitions de l'HAS. De surcroît, le niveau de complexité des situations décrites dans les textes n'est pas souvent atteint et certains médecins interrogés les considéraient comme beaucoup trop exigeantes par rapport aux situations qu'ils rencontraient.

Par exemple, pour le mode de prise en charge « Mode de prise en charge principal 01 Assistance respiratoire », seule l'assistance respiratoire mécanisée peut justifier d'une prise en charge. La nécessité d'aspirations trachéales fréquentes et/ou des aérosols pluriquotidiens ne sauraient justifier une prise en charge HAD. Pour la prise en charge de la douleur (Mode de prise en charge principal 07) chez l'adulte, il est nécessaire d'avoir besoin d'utiliser une pompe d'analgésie contrôlée par le patient pour pouvoir justifier une prise en charge. Tandis que chez l'enfant, elle est justifiée devant l'usage réguliers « de ressources inhabituelles (morphine, mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, kétamine, neurostimulation électrique transcutanée... ».

Une fois l'indication retenue, le médecin se doit de faire une demande d'HAD. Pour cela il doit prendre contact avec la structure d'HAD dont dépend le patient. Les demandes d'admission sont très différentes d'une HAD à l'autre, chacune a ses modalités. Si pour certaines il suffit de remplir un formulaire d'une page, d'autres demandent de remplir un dossier de plusieurs items (partant des antécédents médicaux, au degré d'autonomie en passant par les besoins matériels) à l'image des demandes faites via la plateforme www.viatrajectoire.fr. Si la demande est admissible, le patient bénéficie d'une évaluation médico-sociale de la demande et de son domicile. Si les

médecins praticiens en HAD conviennent qu'il existe une réelle complexité dans la définition des modes de prise en charge, ils ne sont pas d'accord avec l'idée que les demandes d'admission en HAD soient difficiles à faire. Dans la majorité des cas, il suffirait d'un simple appel téléphonique pour déclencher la procédure d'admission. Cependant, ils admettent qu'il existe un laps de temps entre la demande et la mise en place qui peut paraître long si on les compare à d'autres structures.

Il existe un sentiment partagé par différents médecins interrogés de complexité et de chronophagie à élaborer une demande d'HAD.

Ce parcours d'admission est justifié par les professionnels d'HAD rencontrés par le fait qu'il ne s'agit pas seulement de la mise à disposition d'un matériel comme un prestataire ou de l'accompagnement des médecins comme c'est le cas pour les équipes mobiles ou les DAC mais qu'ici il s'agit d'une admission en hospitalisation. L'état et les besoins du patient doivent être évalués avec précision afin d'organiser les soins, de mettre à disposition du matériel lourd, de mettre en place et de coordonner toute une équipe de professionnels médicaux et paramédicaux, salariés de l'HAD comme libéraux. La responsabilité de l'établissement est règlementaire du même niveau qu'un hôpital à la différence d'un prestataire qui n'a pas le même niveau de responsabilité.

Cette complexité est également retrouvée pendant la prise en charge. Dans un souhait de travailler avec les professionnels de santé proches des patients l'HAD paradoxalement multiplie les intervenants (professionnels de l'HAD, prestataires, IDE libérales, IDE coordinateur d'HAD, parfois aide-soignant, livreurs, pharmaciens, paramédicaux...). Plusieurs médecins décrivent des difficultés logistiques avec des délais de livraison longs et un manque de réactivité. Celles-ci qui sont justifiées par les professionnels d'HAD par des contraintes dues à leurs propres livraisons et à des contraintes règlementaires (intervention de prestataires externes, prescription par médecin praticien en HAD...). Il est nécessaire de fluidifier les circuits de livraison et de rendre la distribution des médicaments et des dispositifs médicaux plus efficace.

Dans la thèse du Dr.Montmartin cette complexité et ce manque de réactivité vont jusqu'à être décrits comme étant le premier frein à la sollicitation d'une HAD (66). Cette complexité était également décrite comme un frein majeur ressenti par les DAM lors de leurs entretiens avec les médecins généralistes.

Les médecins font tous état d'un besoin important de simplification à tous les niveaux de la prise en charge en HAD. Ils souhaitent des indications plus simples et plus élargies afin de faciliter les admissions en HAD et de permettre de prendre en charge plus de patients tout en permettant une meilleure lisibilité des critères d'admission. Une simplification du rôle de chacun avec la possibilité de laisser la main si nécessaire serait une solution, ainsi qu'une simplification des moyens de communication comme évoqué dans le paragraphe précédent, avec des échanges directs, et une simplification du circuit logistique afin de gagner du temps.

h. Chronophagie

Dans notre recherche, les médecins ont l'impression que les prises en charge sont chronophages (72,73,74). Si certains médecins imputent cette chronophagie à la charge administrative plus importante que celle d'une prise en charge sans HAD (29), d'autres imputent cette lourdeur de la prise en charge à la nature des pathologies (71) mais aussi directement aux modes de prise en charge avec le fait que cela ajoute un nouvel interlocuteur, que cela complexifie la prise en charge comme vu précédemment mais également que cela induit des visites plus longues (pour prendre connaissance des informations de l'HAD, les contacter si besoin, laisser une trace de son passage et gérer les aléas) et plus fréquentes.

Malgré le fait que les médecins généralistes apprécient les visites à domicile, de moins en moins de médecins en font. Principalement en raison du temps que cela consomme, et du faible niveau de rémunération (56,75). Cette question du temps est un frein important d'autant que les médecins généralistes travaillent déjà en moyenne 54 heures par semaine (76).

La chronophagie des prises en charge en HAD est dû à la nécessité de visites à domicile, à la nature et à la complexité des pathologies mais également à un temps administratif et de coordination majoré.

En évitant les redondances, en améliorant la communication entre les différents intervenants, en augmentant les réactivités des différents acteurs, en ayant recours à la télémédecine, en réduisant au strict minimum le nombre de visites à domicile par les médecins traitants et en s'appuyant sur l'expertise des paramédicaux, cette question pourrait trouver des solutions.

La méconnaissance globale, la complexité et cette chronophagie peuvent alimenter une inertie clinique chez les médecins ; elle peut être définie comme l'incapacité à agir malgré la prise de conscience d'un problème (77). Ainsi, la charge de travail importante déjà existante chez les médecins mais également la lourdeur et la complexité administrative que représente une demande d'HAD, sont source de réticence chez les médecins et pourrait générer chez eux cette inertie clinique. C'est-à-dire que malgré le fait d'avoir identifié une situation qui pourrait justifier d'une prise en charge en HAD, ceux-ci ne pourront la prescrire. Cette inertie s'étend aussi à la motivation à trouver une nouvelle façon de fonctionner en recourant à l'HAD.

i. Rémunération

Comme vu précédemment les prises en charge en HAD sont plus complexes et plus chronophages néanmoins il n'existe pas de majoration actuelle pour les médecins généralistes s'occupant de patients en HAD.

Dans certaines études, des médecins évoquaient certains désagréments dans leurs rémunérations comme des retards de paiement (29,65,71). Notre étude, comme d'autres, évoque le fait que ces prises en charge n'étaient pas assez rémunérées au vu de l'investissement en temps et de la complexité des situations mais n'évoque pas de difficulté de rémunération (66,71). Une majoration de la visite pourrait être envisager voire un élargissement de la cotation visite longue à

toutes visites dans le cadre de l'HAD. Un forfait de prise en charge du patient en HAD pourrait également être testé en complément du paiement à l'acte même si les médecins restent attachés à être rémunéré à l'acte (73).

Bien que les rémunérations des infirmières puissent être parfois plus intéressantes dans certaines situations, parfois cette question peut être source de réticence de par son faible niveau ou des dysfonctionnements voire des retards de paiement (29). Les médecins interrogés dans notre étude n'ont évoqué que leurs rémunérations même s'ils ont également évoqué la réticence de certaines infirmières libérales sans préciser leur motif comme un frein à la prescription. Les médecins praticiens enHAD rencontrés évoquent le fait qu'il existe dans chaque HAD un comité de suivi des IDE libéraux et que la cotation des actes est validée avec eux. Ils concèdent qu'il existe certaines difficultés notamment en ce qui concerne le délai de paiement des actes facturés.

j. La réticence des infirmiers libéraux

Dans notre étude comme dans de nombreuses autres études, les principaux freins venaient des infirmières libérales, seules certaines évoquaient les kinésithérapeutes (66). Dans notre étude certains médecins interrogés évoquaient des réticences chez les infirmières principalement d'ordre organisationnelle. Certains infirmiers verraient également en l'HAD une concurrence déloyale (78). Comme décrit plus haut certaines études justifieraient aussi cette réticence pour des questions de rémunération.

Pour pouvoir prendre en charge ou continuer de prendre en charge un patient, l'infirmier libéral doit avoir signé une convention avec l'HAD et en recevoir une lettre de mission, lui indiquant les modalités de prises en charge et les informations nécessaires. Il y a donc autant de conventions possibles que d'HAD. Pour illustrer cela, un médecin praticien enHAD m'explique que son HAD a fait le choix d'avoir des rémunérations par acte qui sont souvent inférieures à celle de la CNAM mais qui ne sont pas dégressives lorsqu'elles s'additionnent contrairement aux rémunérations

prévues par la convention avec la CNAM. Elle est donc normalement plus avantageuse, sauf dans des situations qui nécessitent peu d'actes. Pour illustrer cela, un médecin praticien en HAD cite l'exemple d'un acte qui est rémunéré par son HAD 3 fois moins cher que par la CNAM. Les IDE qui prennent en charge un patient nécessitant seulement cet acte, refuseraient régulièrement les prises en charge HAD.

Enfin, l'infirmier libéral est coordonné par l'infirmier coordinateur de l'HAD qui s'assure de la réalisation des soins, qui peut proposer une formation à l'infirmier libéral et qui répond aux interrogations de celui-ci. L'infirmier est recruté par l'HAD et peut demander avis auprès du médecin praticien en HAD tout en gardant à l'esprit que le référent médical du patient reste le médecin traitant (79).

Si l'HAD apporte un soutien aux infirmiers libéraux, il peut également leur générer une charge de travail supplémentaire, en ajoutant des interlocuteurs et en rendant les fournitures en matériel un peu plus complexe.

Un véritable travail sur l'homogénéisation des rémunérations et l'amélioration de celle-ci doivent être menés. Les médecins interrogés témoignent tous du rôle important des infirmières dans la prise en charge de leurs patients et dans leurs décisions.

k. Le patient

Enfin, sans l'accord du patient la prise en charge de l'HAD ne peut se faire. Si plusieurs études d'opinion tendent à conclure que la majorité des Français préfèrent bénéficier de soins à domicile, notamment en fin de vie, certains patients préfèrent se faire soigner à l'hôpital plutôt qu'à domicile (80).

Parfois, même s'ils souhaitent une prise en charge en HAD, les patients n'entrent pas dans les critères d'admission de l'HAD. Dans le Bas-Rhin, pendant longtemps, l'absence de proche rendait toute prise en charge en HAD impossible dans les HAD. Cependant, depuis peu, il existe une

certaine marge de tolérance d'après les médecins praticien en HAD qui disent être plus enclins à accepter des patients isolés socialement.

Pour les patients éligibles, il existe également un autre frein, celui de voir leurs domiciles, leurs lieux de vie devenir un lieu de soin. L'HAD implique des changements matériels, tels qu'un lit médicalisé, des rampes, le stockage de certains médicaments et la mise à disposition d'outil de communication entre professionnel. Elle implique également des livraisons de médicaments à domicile et un passage pluriquotidien de professionnels de santé divers : les infirmiers libéraux, les aides-soignants, les infirmiers coordinateurs, les prestataires, les kinésithérapeutes, les professionnels médico-sociaux, médecin traitant et parfois médecin praticien en HAD. Néanmoins, au vu du profil des patients pris en charge en HAD, dans tous les cas leur état de santé nécessite un passage à domicile de plusieurs intervenants même sans l'intervention de celle-ci.

Une HAD peut également générer un sentiment d'angoisse et de crainte, d'après un médecin interrogé, elle serait synonyme de gravité de la maladie voir de l'imminence de la fin de vie chez certains patients. Un des médecins interrogés évoquait le cas de figure où l'HAD nécessite présence de proches et parfois les patients refusent d'imposer cela à leurs proches.

D'autres médecins évoquent également l'HAD comme étant parfois vécue par leurs patients comme étant un marqueur d'aggravation de leur état de santé et une intrusion de l'hôpital dans leur domicile ce qui peut être difficile à vivre.

Dans le Larousse le domicile est défini comme étant le « lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle » (81). Néanmoins le travail de mémoire de Mme. Crochet « le Domicile : lieu de vie, lieu de soi » nous présente une multitude d'autres définitions au domicile (82). Il y est tantôt défini comme un nid, en reprenant les mots de M. Bachelard et tantôt définit comme un lieu de « l'identité de chez soi, de l'intimité » en reprenant les termes de l'Observatoire national de la fin de vie. On y découvre également que le domicile est un reflet de soi, un refuge, un endroit où l'on se cache quand ça ne va pas. Il est donc primordial que le domicile garde cette

image de cocon et que le patient s'y sente bien.

Elle préconise d'être attentif à ne pas dépersonnaliser le domicile des patients et de veiller à préserver sa qualité première : être un chez soi.

Tout cela ne peut se faire sans une écoute attentive et une bonne communication avec le patient et ses proches. Il faut penser à minimiser le nombre d'intervenants différents afin de créer un lien fort avec le patient qui ouvre sa porte aux soignants.

1. Des médecins prêts à se laisser convaincre

Contrairement aux remontées des DAM lors des campagnes de communication de la CPAM au sujet de l'HAD, tous les médecins interrogés étaient soit prescripteurs d'HAD soit ouverts à l'idée de prescrire. Ils conditionnaient cela au fait d'avoir une preuve d'une plus-value principalement pour le patient.

Les DAM déclaraient que selon eux plus de 20% des médecins qu'ils avaient rencontré ne solliciteront jamais d'HAD. Cette différence pourrait être expliquée de différentes manières : un biais de sélection, une volonté de montrer une opposition à ce qui est présenté par le DAM ou des erreurs d'interprétation des DAM.

V. Conclusion

De plus en plus de Français souhaitent être soignés à domicile et cela dans un contexte de crise hospitalière et financière induisant la fermeture de lits d'hospitalisation conventionnelle malgré une croissance constante du nombre de patients atteints de pathologies chroniques, dans un contexte de vieillissement de la population. Cette situation pèse lourdement sur la médecine de ville.

Dans ce contexte, la solution de l'hospitalisation à domicile paraît être faite sur mesure pour répondre aux souhaits des Français, aux injonctions économiques et aux problèmes hospitaliers. Si dans ses débuts l'HAD a été imaginée comme une alternative aux hospitalisations avec hébergement, elle est aujourd'hui un mode de prise en charge à part entière qui pourrait répondre à l'ensemble des problématiques citées précédemment. Malgré cela, l'HAD reste encore à développer et l'un des freins à ce développement est le faible recours des médecins généralistes à ce mode de prise en charge.

C'est également le cas au niveau du Bas-Rhin et c'est la raison pour laquelle nous avons mené ce travail, le but étant d'identifier les freins à la sollicitation d'une HAD par les médecins généralistes Bas-Rhinois.

Afin de répondre à cette interrogation nous avons mené une étude qualitative via des entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes Bas-Rhinois.

Dès les premiers entretiens de notre étude, nous avons constaté que la prescription d'une HAD ne faisait pas partie des habitudes et encore moins des réflexes des médecins généralistes interrogés. Nous avons pu identifier les principaux freins. Une méconnaissance globale de cette structure et de son fonctionnement, un manque de communication directe de l'HAD créent une distance entre elle et les médecins généralistes. D'autant plus que les médecins ont l'habitude de fonctionner avec d'autres structures de manière fluide (DAC, EMSP, CPTS...), structures également plus proches géographiquement du lieu d'exercice. Elles jouent également un rôle

important d'orientation et de soutien des médecins. Une coopération accrue entre l'HAD et ses structures permettrait également de rapprocher celle-ci des médecins généralistes. Les médecins ont du mal à identifier les indications de l'HAD, ce qu'elle apporte et comment y recourir. De plus, des retours d'expériences peu concluants, pouvant aboutir à la diffusion d'une mauvaise image de l'HAD, une impression de complexité d'initiation et de mise en œuvre font également obstacle à son utilisation. S'y ajoutent le caractère chronophage des prises en charge des malades en HAD par le médecin généraliste, des démarches administratives supplémentaires dans un contexte de démographie défavorable, et une rémunération non revalorisée. De plus, la place du médecin généraliste y est mal définie. Ainsi, si son accord est demandé pour initier une prise en charge, il ne l'est pas pour en sortir. On peut noter aussi que certains médecins veulent rester partie prenante dans cette prise en charge alors que d'autres aimeraient la déléguer complètement à l'HAD. La réticence de certains infirmiers et de certains patients sont également décrits comme des freins à la sollicitation d'une HAD.

Avant et après la réalisation de ces entretiens, nous avons rencontré des acteurs de l'HAD et une chargée de mission de la CPAM du Bas-Rhin à ce sujet. Ainsi, nous avons pu échanger avec eux et leur présenter nos conclusions. Ces échanges ont été très intéressants et très enrichissants pour ce travail. Nous avons discuté des freins identifiés mais également obtenu des explications et sollicité leurs retours. Ce travail leur a permis d'approfondir leurs pistes d'améliorations concernant leurs structures et leurs relations avec les médecins généralistes.

Face à ces freins, trois priorités sont à retenir afin d'améliorer le recours : une meilleure communication, un effort de simplification et une rémunération plus attractive. En effet, quels que soient les freins évoqués on retrouve souvent en sous-jacent un manque de simplicité et/ou un manque de communication.

En amont des prescriptions, une promotion directe devrait être envisagée par les structures d'HAD auprès des médecins généralistes : elle permettrait une réponse immédiate à leurs questions et l'identification d'interlocuteurs. Une réflexion sur les modalités de simplification des critères d'admission et de prise en charge doit également être faite. Les médecins doivent aussi être rassurés sur la fluidité dans la prise en charge pour éviter des retards d'approvisionnement en matériel et médicaments. Ils ne comprennent pas non plus pourquoi certains aspects ne relèvent pas de l'HAD (notamment aides ménagères). La sortie d'HAD est souvent mal vécue et pourrait être mieux acceptée avec un entretien de fin de prise en charge.

Une véritable discussion sur le rôle de chacun (médecin praticien en HAD et médecin généralistes notamment) dans la prise en charge des patients doit avoir lieu. Enfin une attention toute particulière doit être prêtée afin de préserver le caractère intime et personnel du domicile des patients.

VU

Strasbourg, le 03 décembre 2024

Le président du jury de thèse

Professeur Jean-Christophe Weber



VU et approuvé

Strasbourg, le 18 DEC 2024

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

Professeur Jean SIBILIA



VI. Annexes

1) Annexe 1 : Indice de Karnofsky

Définition	Pourcentage	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100%	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie
	90%	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie
	80%	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70%	Capacité de subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active
	60%	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins
	50%	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40%	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants
	30%	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20%	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire; traitement actif de soutien nécessaire
	10%	Mourant ; mort imminente
	0%	Décédé

2) Annexe 2 : Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? Sexe, âge, expérience médicale, lieu d'exercice, type et mode d'exercice.
- 2) Durant votre expérience en tant que médecin généraliste, avez-vous déjà eu à prendre en charge un/des patient(s) avec un maintien à domicile difficile suite à la nécessité de mise en place de soins complexes et/ou fréquents ?
 - a) Si oui, comment avez-vous gérez cette situation ?
 - b) Si non, comment feriez-vous pour gérer ces situations ?
- 3) Racontez-moi votre dernière prise en charge de patient avec maintien à domicile difficile ?
- 4) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous fait appel à l'HAD/ n'avez-vous pas fait appel à l'HAD ? que l'HAD pour vous ?
- 5) Dans quelle(s) situation(s) avez-vous prescrit ou prescririez-vous une HAD ?
- 6) Pensez-vous avoir des éléments encourageants ou freinant la sollicitation d'une HAD ? lesquels ?
- 7) Avez-vous bénéficié de la campagne de communication de la CPAM au sujet de l'HAD ? Qu'en pensez-vous ?
- 8) Qu'attendez-vous d'une prise en charge en HAD ?
- 9) Actuellement, pensez-vous que la prise en charge en HAD répond à vos attentes ?
- 10) Comment évaluez-vous vos prescriptions d'HAD ?
- 11) Selon vous, comment améliorer le nombre de sollicitation d'une HAD ?
- 12) Avez-vous des remarques, des commentaires ou des éléments à ajouter ?

VII. Bibliographie

1. Article R6123-139 - Code de la santé publique.
2. Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile. JORF, 2021-1954, 31 déc 2021.
3. Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile, JORF, 2 fev 2022.
4. MICHEL R. L'hôpital de demain sera le domicile, rapport d'activité 2021-2022. FNEHAD. 2023.
5. Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. L'histoire d'un paradoxe. Rev Fr Aff Soc. 2005;(3) :157-82.
6. Soulié E. Paris : l'hôpital vient à la maison célèbre ses 60 ans. Le Parisien. 12 déc 2018.
7. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 31 déc 1970.
8. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Circulaire de principe no 207 du 29 octobre 1974 de la CNAMTS. L'hospitalisation à domicile : conditions médicales d'admission – conventions types – règlement intérieur, 29 oct 1974.
9. Bungener M. Enjeux et limites du soin à domicile des malades graves souffrant du sida. 1992;(28):119-24.
10. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics, 12 mars 1986
11. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1). 91-748, 31 juill 1991.
12. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile, 30 mars 2000.
13. Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième

partie : Décrets en Conseil d'Etat).

14. Ministère de la Santé et des Solidarités, Circulaire N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, 1 dec 2006.
15. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), 4 dec 2013
16. Mauro L. Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). Les Dossiers de la Drees. Déc 2017;(23).
17. Toutlemonde F, Les établissements de santé - édition 2022. Paris : DREES ; 18 juil 2024. Les établissements d'hospitalisation à domicile ; p. 126-131.
18. Toutlemonde F, Les établissements de santé - édition 2022. Paris : DREES ; 18 juil 2024. Les établissements d'hospitalisation à domicile ; p. 120-5.
19. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds.
20. FNEHAD. La réforme des autorisations en hospitalisation à domicile (HAD). Kit Décryptage [En ligne]. Mars 2022 [cité le 5 déc 2022]. Disponible : <https://www.fnehad.fr/2022/02/04/publication-des-decrets-relatifs-aux-autorisations-dactivite-de-soins-dhad/>.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. La feuille de route stratégique HAD 2021 - 2026. 3 dec 2021.
22. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [En ligne]. Publication des chiffres clés 2022 de l'hospitalisation ; 12 oct 2023 [cité le 6 déc 2023]. Disponible : <https://www.atih.sante.fr/actualites/publication-des-chiffres-cles-2022-de-l-hospitalisation>

23. FNEHAD [En ligne]. Chiffres clés - FNEHAD ; [cité le 6 déc 2023]. Disponible : <https://www.fnehad.fr/chiffres-cles/>.
24. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [En ligne]. Hospitalisation à domicile (HAD) ; [cité le 6 déc 2023]. Disponible : <https://www.atih.sante.fr/financement-des-etablissements/had>
25. Caisse Primaire d'Assurance Maladie, La CPAM du Bas-Rhin en quelques chiffres 2022, 27 juil 2023.
26. Agence Régional de Santé Grand Est, STATISS 2022, [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/112389/download?inline>
27. Haute Autorité de Santé, Rapport de Certification Hôpitaux Universitaire de Strasbourg, fév. 2023
28. Alsace HAD [En ligne]. Fondation Saint François Hospitalisation à domicile ; [cité le 18 déc 2023]. Disponible : <http://www.alsace-had.fr/notre-reseau/les-etablissements/fondation-saint-francois-had/haguenau-presentation.html>
29. Wendling ME. 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 [Thèse]. Université de Strasbourg, Strasbourg ; 2021.
30. Groupe Hospitalier Saint-Vincent, Clinique Saint Luc - Le Service d'Hospitalisation à Domicile [Internet]. [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.ghsv.org/loffre-de-soins/hospitalisation-a-domicile/hospitalisation-a-domicile-clinique-saint-luc/>
31. Aural, Qu'est-ce que l'HAD ? [Internet]. [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.aural.fr/had/presentation>
32. Karnofsky D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press, New-York 1949 :191-205.

33. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, Guide méthodologique de la production des recueils d'informations standardisés de l'Hospitalisation à Domicile, Bulletin officiel, 18 juil. 2024 : p90-126.
34. Direction Générale de l'offre de soins, Evaluations anticipées HAD en EHPAD [Note d'information], Paris, 13 dec 2021.
35. Joubert H, Hubert E. L'hospitalisation à domicile. Le Généraliste FMC. 27 fév 2023;(3015):20-3
36. Tavernier JL, directeur. Tableaux de l'économie française. Paris : INSEE ; 2020. 262 p 88-92
37. 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 Palliat. 07 2020 ;19(5):255-63.
38. Boiseguérin B, Delaporte A, Vacher T. Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile. Etudes Amp Result DREES. Sep 2021;(1208).
39. Fédération Hospitalière de France (FHF) [En ligne]. La FHF en action | Renforcer l'attractivité des métiers de la santé et du médico-social | Fédération Hospitalière de France ; 25 avril 2022 [cité le 19 nov 2023]. Disponible : <https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-renforcer-lattractivite-des-metiers-de-la-sante-et-du-medico-social>
40. Cohen L, Genisson C, Savary RP Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Rapport d'information n° 685 (2016-2017). Sénat ; 26 juil 2017. 109 p.
41. Deroche C. Hôpital : sortir des urgences. Rapport n° 587 (2021-2022), tome I. Sénat ; 22 mars 2022. 313 p.

42. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins [En ligne]. Parcours de santé, de soins et de vie – Ministère de la Santé et de l'accès aux soins ; [cité le 25 sep 2023]. Disponible : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
43. Alignon A, Com-Ruelle L, Renaud T, Lebrun E. Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile. Bull D'information En Econ Sante. Juin 2003;(67)
44. Fourreau V. Statista Daily Data [En ligne]. Infographie : Combien coûte une hospitalisation ? ; 28 mars 2024 [cité le 1 avril 2024]. Disponible : <https://fr.statista.com/infographie/32003/cout-reel-hospitalisation-france/>
45. Veran O. Un déficit des comptes de la sécurité sociale en 2021 en nette amélioration par rapport à 2020, et moins creusé que prévu. Communiqués de presse du ministère des Solidarités et de la Santé ; 16 mars 2022
46. Tavernier JL, directeur. Tableaux de l'économie française. Paris : INSEE ; 2020, p. 22-26.
47. Assurance Maladie [En ligne], Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2022, 20 nov 2023 [cité le 05 dec 2023] Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
48. Cour des Comptes. L'hospitalisation à domicile, évolutions récentes ; déc 2015.
49. Aubin-Auger I et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84:142-5 janv 2008.
50. Coutrix C. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine [Thèse]. Université de Bordeaux, 2018 ;124.
51. Ministère de la Santé et de l'accès aux soins, Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination [Internet], [cité le 9 déc 2022]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>

52. DREES, Démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 12 sept 2024]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
53. AtlaSanté, CartoSanté [Internet]. [cité 12 sept 2024]. Disponible sur : <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
54. Isel F, Villaume, Le Grand Est, contrasté entre territoires très ruraux et urbains, Insee Analyses Grand Est, 29 avril 2022 (131)
55. Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, n°0145, JORF, 21 juin 2024.
56. Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 7 mars 2024
57. Ministère des Solidarités et de la Santé, Décision du 13 janvier 2022 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, n°0040, JORF, 17 juil 2022
58. Clinkemaillié T. La tension entre l'exécutif et les médecins bloque la négociation tarifaire. Les échos. 8 avril 2024.
59. Battaglia M, Stromboni C. Le Monde.fr [En ligne]. Santé : les négociations entre les médecins libéraux et l'Assurance-maladie suspendues ; 4 avril 2024 [cité le 5 oct 2024]. Disponible : https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/04/04/sante-les-negociations-entre-les-medecins-liberaux-et-l-assurance-maladie-suspendues_6225948_3224.html
60. Ministère de la Santé et de la Prévention, Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, 28 avr 2023.
61. Greffion J, Breda T, Façonner la prescription, influencer les médecins, Revue de la régulation, 17, 2015.

62. CPTS Strasbourg Eurométropole Sud et Ouest. YouTube [En ligne]. [Vidéo], Présentation de l'HAD AURAL ; 7 fév 2024 [cité le 7 oct 2024] ; [17 min, 1 s]. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=VuBZGYZ4hzw>
63. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD. Disponible sur : <https://adophad.has-sante.fr/>
64. Agence régionale de Santé Grand Est, Affectation des internes Strasbourg Novembre 2022, Oct 2022.
65. Mallet goerger A. Ressenti du médecin généraliste lors d'une prise en charge avec l'HAD : étude qualitative sur le secteur de l'HAD de Perpignan [Thèse]. Université de Montpellier ; 2015.
66. Montmartin AF. Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord Pas de Calais vis à vis de l'hospitalisation à domicile [Thèse]. Université Lille 2 Droit et Santé ; 2016.
67. Com-Ruelle L, Raffy N. Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? Analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement. Rapport CreDES, 1994, 131
68. Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile. 2022-102. 31 janv 2022.
69. Assurance Maladie, Le dispositif du médecin traitant [Internet]. [cité 12 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
70. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013 ;108:148-55.
71. 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]. Université d'Aix-Marseille ; 2017.

72. Bonnet L. Collaboration entre les médecins généralistes et le service d'Hospitalisation à Domicile du centre hospitalier de Crest [Thèse]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
73. Hammouche B. Médecins généralistes et hospitalisation à domicile : réflexions à propos d'une enquête en région lorraine [Thèse]. Université Henri Poincaré ; 2003
74. 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]. Université Grenoble Alpes, 2011.
75. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016 [Thèse]. Université Paris Descartes, 2019.
76. Chaput H et al, Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Etudes Result DREES. 7 mai 2019;(1113).
77. Aujoulat I, Jacquemin P, Rietzschel E, Scheen A, Tréfois P, Wens J, et al. Factors associated with clinical inertia: an integrative review. Adv Med Educ Pract. 2014 ;5:141-7.
78. Surbled M. HAD Hospitalisation à Domicile : une multitude de freins empêcheraient son essor [Internet], Actusoins, 26 mar 2016 [cité 6 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.actusoins.com/peu-dessor-pour-lhad.html>
79. Cloé, La collaboration des IDEL avec les structures de santé partie 1 : les HAD [Internet] [Blog], La Ruche des IDEL. 2022 [cité 6 oct 2024]. Disponible sur : <https://laruche.cbainfo.fr/exercer-infirmiere-liberale/la-collaboration-des-idel-avec-les-structures-de-sante-partie-1-les-had/>
80. Frenzt C. Les Français prêts à recevoir davantage de soins à domicile ; Le Figaro, 20 déc 2023
81. Larousse.fr [En ligne]. Définitions : domicile [cité le 6 oct 2024]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/domicile/26369>

82. Émilie Crochet. Le domicile : lieu de vie, lieu de soin [Mémoire de Master]. Sorbonne Université 2020.

VIII. Déclaration sur l'honneur concernant le plagiat

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FALLANI Prénom : MOHAMED

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 :

À lingolsheim, le 25/11/2024

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

Résumé :

L'hospitalisation à domicile (HAD) semble être une solution sur mesure pour répondre à la fois aux attentes des Français en matière de soins à domicile, aux contraintes économiques et aux problèmes rencontrés par les hôpitaux. Néanmoins, l'HAD reste encore peu développée, et l'un des obstacles à son expansion réside dans le faible recours des médecins généralistes à ce mode de prise en charge. C'est également le cas au niveau local, dans le Bas-Rhin, ce qui explique pourquoi nous avons entrepris cette étude. L'objectif était de comprendre quels étaient les freins à la sollicitation de l'HAD par les médecins généralistes Bas-Rhinois.

Pour répondre à cette question, nous avons mené une étude qualitative à travers des entretiens semi-dirigés avec 12 médecins généralistes du Bas-Rhin.

Dès les premiers entretiens, nous avons constaté que la prescription d'une HAD ne faisait pas partie des habitudes, et encore moins des réflexes, des médecins généralistes interrogés. Nous avons pu identifier plusieurs obstacles majeurs : une méconnaissance générale de l'HAD, une impression de complexité, le caractère chronophage des prises en charge, une rémunération jugée insuffisante, une difficulté de positionnement des médecins généralistes, ainsi que la réticence de certains infirmiers et patients. Cependant, les médecins rencontrés se sont montrés ouverts à l'idée de se laisser convaincre et ont décrit des besoins auxquels l'HAD pourrait répondre.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : HAD, Hospitalisation à domicile, Médecine générale, Médecins généralistes, Médecin traitant, Sollicitation, Freins, Bas-Rhin.

Président :

Pr. Jean-Christophe Weber

Assesseurs :

Pr. Yves Hansmann

Dr. Murielle Rondeau-Lutz

Dr. Laurent Petit

Adresse de l'auteur :11c rue du Générale de Gaulle
67380 LINGOLSHEIM