

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2025

N° : 14

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'état

Mention Médecine Générale

PAR

RIBEIRO Estelle

Née le 18/05/1994 à Longjumeau (91)

ÉVALUATION DES FREINS AU RECOURS À L'HOSPITALISATION À DOMICILE

(HAD) DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EXERÇANT DANS LA ZONE

D'INTERVENTION DE L'AURAL HAD DE STRASBOURG

Président de thèse : Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH

Directeur de thèse : Madame le Docteur Ramone MOLÉ-FUHRER

- **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



HOPITAUX 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 Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô 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	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô 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	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô 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 Seiamak	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Hépto-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	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô 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	NRPô 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	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô 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	NRPô 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*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô 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	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô 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	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô 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	NRPô 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	RPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô 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*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô 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	NRPô 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	NRPô 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	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01	Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô 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	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04	Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô 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	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô 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	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô 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	NRPô 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	NRPô 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	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

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

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

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

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

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-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*	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 BOICHARD 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)
CERALINE 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 Haute-pierre	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 Haute-pierre	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 Haute-pierre	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-PACINI 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 Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX 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 Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	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
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	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 Haute-pierre	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)
PFAFF 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)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	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 Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique 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'Hépto-Gastro-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 / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	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 Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	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 / PTM 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 Haute-pierre	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. DILLENGER 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 Alexis	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

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

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre 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

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
BAREISS 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
BECMEUR 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	MATRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX 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-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN 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	MONTEIL 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) / 31.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 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
DUFOR 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	SCHUENGER 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	STEIB 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 (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
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
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON 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. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.76.67.67

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

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

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

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Georges Kaltenbach, je vous suis profondément reconnaissante de l'honneur que vous me faites en présidant ce jury de thèse et en évaluant mon travail. Veuillez recevoir l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Laurent Calvel, je suis très honorée que vous ayez accepté de participer à mon jury de thèse et de juger mon travail. Je vous exprime toute ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Maud Wagner-Delahaie, je suis particulièrement touchée par l'attention que vous portez à mon travail en participant à ce jury. Je vous adresse mes sincères remerciements.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Ramone Molé-Fuhrer, je te remercie pour ton accompagnement et tes précieux conseils tout au long de ce travail, tu as été d'une aide sans faille et pour cela, je t'exprime par ces quelques lignes mon immense reconnaissance. C'est grâce à toi que je peux présenter ce travail aujourd'hui.

Au Docteur Jean-Michel Lemler et au Docteur Dalanda Diallo, un grand merci pour votre accompagnement au cours de ce premier stage de mon internat, je remercie également toute l'équipe de l'Aural HAD pour son accueil chaleureux.

Au Docteur Manuela Plaum, que je remercie pour avoir relu consciencieusement mon questionnaire de thèse, et également pour votre savoir en médecine générale que vous m'avez transmis avec enthousiasme et pédagogie.

A Monsieur Jeremy Lamouroux, merci d'avoir accepté de relire et de corriger avec attention mes analyses statistiques.

À tous mes maîtres de stage et à tous les médecins qui m'ont accompagné tout au long de ces études, vous m'avez tant appris pendant toutes ces années. Mention toute particulière pour le Docteur Delphine Gallo-Imperiale et le Docteur Carmen Suna-Enache du service de gériatrie

aigüe, qui m'ont permis de passer six mois hauts en couleur et en apprentissage. Je vous adresse à tous toute ma gratitude.

Je tiens à exprimer mes remerciements à l'ensemble des médecins généralistes ayant accepté de participer à cette enquête, dont la contribution a été essentielle à la réalisation de ce travail.

À mes parents, merci pour l'amour que vous me portez depuis plus de 30 ans et votre soutien, vous m'avez apporté une aide précieuse tout au long de ces années. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui, obrigada meus queridos pais.

À ma jumelle, Céline, mon plus grand et fervent soutien, présente depuis le tout début, à toi qui m'a vue et supportée dans tous mes états, merci du fond du cœur ma sœur. J'ai hâte de poursuivre la suite de notre aventure de twinies ! (et de revoir ta tête paniquée à Rulantica, si tu manques d'idée de cadeau tu sais ce qu'il te reste à faire...)

Et à Quentin, merci pour ta sincère amitié, l'amour et le soin que tu portes à ma sœur et surtout, ton intensité au cours de nos soirées karaoké (même s'il y a d'autres musiques que Diego tu sais). Et à votre Fufu que je n'oublie pas bien sûr.

À mon frère Thomas, merci d'être présent depuis toutes ces années et de m'avoir soutenu pendant ces études, et c'est à toi que je dois ma petite passion pour les jeux vidéos !

Et à Jing, merci pour ta bonne humeur et ton espièglerie envers mon frère qui me fera toujours autant rire. Et à votre Sunny que je n'oublie pas non plus.

À mon papi, comme j'aurais aimé que tu sois présent pour ce moment, merci d'avoir été un papi aussi rayonnant, ton sourire me manque.

Et à ma mamie, merci pour ta façon si particulière d'aimer.

À Théo, ma petite boule de haine, merci d'avoir été à mes côtés pendant toute cette vingtaine, ces neuf belles années que je n'oublierais pas (en tout cas j'aurais toujours plus de souvenirs que toi c'est pas bien difficile Amnesix). Et merci à toi de rester encore présent. Je te souhaite le meilleur, et qu'un jour tu acceptes que le mot torsader est bien plus connu que le mot colérer (je sais que tu le sais).

À Emmanuel, merci d'être l'ami que tu es, une oreille attentive et de bon conseil, et pour ton humour majoritairement drôle (si on retire ton imitation de JCVD).

À mon JPeo, merci d'être comme un grand frère depuis 2012 (quand même!), présent dans les bons moments comme dans les mauvais. PS : c'est toujours non pour 7wonders.

À ma GB et à ma Tichou, qui comptent parmi mes plus longues amitiés, merci d'être encore à mes côtés depuis tout ce temps et malgré la distance, j'espère qu'on arrivera toujours à se trouver du temps toutes les trois.

Et à Brayan, merci pour ta bonne humeur et ton sourire, et pour avoir laissé GB me faire conduire ta voiture alors qu'il y avait un risque non négligeable que je l'emboutisse.

À Rémy, mon ami et confident, merci de savoir écouter mon flot de paroles depuis si longtemps, j'espère que notre amitié continuera pour de longues années.

À Catherine, à notre amitié pleine de sincérité et notre belle complicité, tu m'as tellement apporté en si peu de temps, un grand merci. Et promis un jour je finirais ce tricot.

À Sokim et à Antoine, mon trio légendaire, mes bros, merci d'être aussi présents depuis presque 10 ans déjà, je sais que je pourrais toujours compter sur vous deux. Hâte de partager encore tant de choses avec vous, comme mes victoires à Dune ou encore les soirées techno (on compte bien te convertir Antoine), prochain objectif : le voyage !

À ma petite Elane, merci pour ton énergie débordante qui a égayé tout mon externat avec tous tes plans bars/concerts/festivals et qui continue de m'enjailler encore aujourd'hui avec ces beaux voyages que tu me proposes, hâte de refaire un bivouac/fondue avec toi.

Et à Julien, merci pour ta joie de vivre et merci d'avoir réussi le miracle de faire aimer un jeu de cartes à Elane.

Et aux autres membres de la team Népal, Martin, Alma, Elias et Thibz, merci pour cette belle expérience et cette amitié qui dure depuis (et oui même avec toi Thibz).

À mes autres amitiés tissées au cours de l'externat : Jade et Vincent, Elise, Eric (blessed be the fruit), Baptiste, Clara et Perrine, et Mathilde, merci à vous tous, ma KB family.

Et à Jérémie, mon sensei du ski parallèle et mon binôme de stats, ta lumière brillera toujours.

Et aux autres rencontres post externat, grâce à nos chers vacances au PDLT (2e merci à toi Martin de permettre cette réunion annuelle), Mathieu, Céline, et Mahaut.

À mes belles amitiés créées durant l'internat, Soso et Toto, vous êtes un duo d'amis aux valeurs fortes que je suis heureuse de pouvoir compter parmi mes amis proches, au plaisir de partager avec vous prochainement une crêpe (pardon une bière ! surtout pas une crêpe...)

À Amandine, merci pour ton amitié et à nos prochains verres partagés ensemble après ces 6 mois d'absence au bout du monde.

À Charlotte et à Milia et à tous nos gins to partagés ensemble, merci pour votre belle amitié.

Et à toi mon Tuteur, une des personnes les plus feelgood que je connaisse, merci pour tes blagues et ton rire, tu m'as presque fait aimer la pédiatrie et ça c'était pas gagné !

Et à Léa, merci d'avoir été sur ma route.

À Olga et à Antoine, les cyclistes de l'extrême, merci d'avoir été une belle famille si attachante. Hâte de vous retrouver pour cette nouvelle aventure à Strasbourg et de vous battre au cours de nos nombreuses sessions jeux à venir.

À Orane, merci pour ton amitié et pour nos discussions toujours intéressantes. Et à Hugo, au plaisir d'entendre de nouvelles histoires sur Orane (j'ai adoré celle du Streptatest).

À Pierre et à Michelle, merci pour votre amitié et pour nos autres discussions à venir autour du meilleur kebab de Strasbourg. Et à Lyfae et à Myca que j'ai hâte de rencontrer.

Et à Lucas, celui qui ne manque pas de pimenter notre team Strasbourg.

À Adrien et à Lucie, mes anciens puis nouveaux voisins, et à Jérémy, merci pour votre soutien et à très bientôt autour d'une bière ! (pas plus de deux Adrien...)

À toi Mattéo qui malgré le temps qui nous sépare, restera mon binôme de PCSO et de PACES à tout jamais ! C'est en grande partie grâce à toi que j'en suis là et ça je ne l'oublie pas.

À mes précieuses boules de poil, Spyke et poupette.

Et aux autres que j'oublie sûrement mais que j'aime quand même !

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	20
ABREVIATIONS.....	21
PREFACE : LE CHOIX DU SUJET.....	23
1. INTRODUCTION.....	24
1.1. DEFINITION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)	24
1.2 GENERALITES SUR L'HAD.....	25
1.2.1 Historique et évolution juridique de l'HAD	25
1.2.2 L'HAD aujourd'hui	28
1.2.2.1 En France.....	28
1.2.2.2 En Alsace.....	29
1.3 OBJECTIFS ET PERSPECTIVES DE L'HAD	30
1.3.1 Projet Régional de Santé 2018-2028	30
1.3.2 Feuille de route de l'HAD 2021-2026	32
1.4 L'AURAL HAD DE STRASBOURG.....	34
1.4.1 Présentation	34
1.4.1.1 Structure et zone d'intervention.....	34
1.4.1.2 Prises en charge et filières spécialisées	35
1.4.1.3 Les différents intervenants.....	36
1.4.2 Mise en place et fonctionnement.....	37
1.4.2.1 Critères d'éligibilité.....	37
1.4.2.2 Admission en HAD	39
1.4.2.3 Prise en charge et suivi du patient en HAD	40
1.4.2.4 Prise en charge financière	42
1.5 JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	43
1.5.1 Contexte de l'étude	43
1.5.2. Objectifs de l'étude	45
2. MATERIELS ET METHODES	47

2.1 TYPE D'ETUDE	47
2.2 POPULATION ETUDIEE	47
2.3 RECUEIL DES DONNEES	48
2.3.1 Elaboration du questionnaire.....	48
2.3.2 Diffusion du questionnaire	50
2.4 ANALYSE DES DONNEES	50
2.5 CADRE REGLEMENTAIRE	51
3. RESULTATS	53
3.1 ANALYSES STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES DONNEES	53
3.1.1 Renseignements socio-démographiques et pratiques de la population étudiée.....	53
3.1.1.1 Âge et sexe.....	53
3.1.1.2 Lieu d'installation.....	53
3.1.1.3 Visites à domicile.....	54
3.1.1.4 Patientèle.....	54
3.1.2 Expériences avec l'HAD.....	55
3.1.3 Freins au recours à l'HAD	56
3.1.3.1 Indications et mise en place de l'HAD	56
3.1.3.2 Suivi du patient en HAD.....	61
3.1.3.3 Visites à domicile et prescriptions médicales.....	63
3.1.3.4 Intervenants de l'HAD et intervenants au domicile	66
3.1.4 Solution(s) pouvant faciliter le recours à l'HAD par les médecins généralistes	68
3.1.5 Suggestions libres sur le questionnaire	70
3.2 ANALYSES STATISTIQUES UNIVARIABLES DES DONNEES	73
3.2.1 Analyse statistique entre les caractéristiques des médecins généralistes et les freins recensés	75
3.2.1.1 Lien entre l'âge et les freins recensés à l'HAD.....	75
3.2.1.2 Lien entre le sexe et les freins recensés à l'HAD	77
3.2.1.3 Lien entre la proportion de patients en fin de vie et les freins recensés à l'HAD.....	79
3.2.2 Analyse statistique entre les expériences avec l'HAD et les freins recensés.....	81
3.2.2.1 Lien entre le fait d'avoir déjà prescrit une HAD et les freins recensés à l'HAD.....	81
3.2.2.2 Lien entre le fait de connaître ADOP-HAD et les freins recensés à l'HAD.....	84

4. DISCUSSION	87
4.1. CONCERNANT LES RESULTATS	87
4.1.1 Les principaux freins des médecins généralistes au recours à l'HAD	87
4.1.1.1 <i>L'imprécision des critères d'admission en HAD et la méconnaissance de l'outil ADOP-HAD.....</i>	<i>88</i>
4.1.1.2 <i>La tablette informatique</i>	<i>90</i>
4.1.1.3 <i>L'aspect chronophage de la prise en charge en HAD</i>	<i>91</i>
4.1.1.4 <i>Le potentiel changement d'équipe paramédicale habituelle</i>	<i>93</i>
4.1.2 Les autres freins des médecins généralistes au recours à l'HAD.....	94
4.1.3 Les paramètres n'étant pas considérés comme des freins.....	96
4.1.4 Les leviers susceptibles de renforcer le recours à l'HAD	98
4.2 CONCERNANT LA METHODE	102
4.2.1 L'échantillonnage	102
4.2.2 Recueil des données et analyses statistiques	103
4.2.3 Représentativité de l'échantillon.....	106
4.3 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	108
4.3.1 Forces de l'étude	108
4.3.2 Limites de l'étude	109
5. CONCLUSION.....	111
6. ANNEXES.....	113
6.1. Annexe 1 : Activité globale par région (nombre de journées en milliers)	113
6.2. Annexe 2 : Différence entre les taux de recours à l'HAD par départements en 2006 et en 2016	113
6.3. Annexe 3 : Territoire de santé d'Alsace et carte des établissements d'HAD d'Alsace	114
6.4. Annexe 4: Zones d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg	115
6.5. Annexe 5: Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs	116
6.6. Annexe 6 : Questionnaire de thèse	117
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	129

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Répartition des répondants selon le sexe et leur tranche d'âge	53
Tableau 2 : Moyens de prescription utilisés par les médecins généralistes	65
Tableau 3 : Communication entre les intervenants ou événements d'une HAD et les médecins généralistes	67
Tableau 4 : Propositions de solutions pouvant faciliter le recours à l'HAD	69
Tableau 5 : Croisement de l'âge en fonction des freins recensés à l'HAD	75
Tableau 6 : Croisement du sexe en fonction des freins recensés à l'HAD	77
Tableau 7 : Croisement de la proportion de patients en fin de vie en fonction des freins recensés à l'HAD	80
Tableau 8 : Croisement du fait d'avoir déjà prescrit une HAD en fonction des freins recensés à l'HAD	83
Tableau 9 : Croisement du fait de connaître ADOP-HAD en fonction des freins recensés à l'HAD	85

Liste des figures :

Figure 1 : Proportion de leurs patients de plus 65 ans	54
Figure 2 : Proportion de leurs patients en fin de vie par an.....	55
Figure 3 : Précision des critères d'admission en HAD	58
Figure 4 : Analyse du délai de mise en place	59
Figure 5 : Analyse de la compatibilité des pathologies prises en charge par rapport à la médecine de ville.....	60
Figure 6 : Analyse du rôle décisionnaire du médecin traitant.....	61
Figure 7 : Prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD	63
Figure 8 : Incidence de la tablette informatique en visite au domicile.....	64
Figure 9 : Mise en place d'une nouvelle équipe paramédicale en cas de refus par l'équipe soignante habituelle.....	68

ABREVIATIONS

ADOP-HAD : Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale de l'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CMG : Collège de la Médecine Générale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CTA : Coordinations Territoriales d'Appui

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPI : Dossier Patient Informatisé

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

MAIA : Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

SRS : Schéma Régional de Santé

URPS-ML : Unions Régionales des Professionnels de santé - Médecins Libéraux

PREFACE : le choix du sujet

J'ai choisi ce sujet portant sur l'Hospitalisation à Domicile (HAD) pour plusieurs raisons. Tout d'abord, j'ai eu la chance d'effectuer mon premier stage d'internat au sein de l'Aural HAD de Strasbourg, qui m'a permis de découvrir les différents acteurs d'une HAD. J'ai accompagné les médecins praticiens d'HAD, les infirmières coordinatrices et la puéricultrice lors des évaluations de patients, les infirmiers et la stomathérapeute lors de soins au domicile ainsi que les assistantes sociales. J'ai également assisté aux réunions quotidiennes rassemblant une grande partie de l'équipe de l'HAD. Cette expérience m'a permis d'en apprendre beaucoup sur les modalités et l'organisation de l'HAD, que je ne connaissais que très peu auparavant.

Ce stage s'est déroulé au cours de l'année 2020-2021, soit pendant la crise sanitaire liée à la pandémie à COVID-19, période où les structures d'HAD ont été fortement mobilisées pour aider au désengorgement des hôpitaux mais aussi dans la prise en charge des nombreuses situations palliatives consécutives à ce virus. Une réforme a été mise en place à la suite de cette crise sanitaire, avec plusieurs changements organisationnels, ce qui fait de l'HAD un sujet d'actualité.

Par ailleurs, lors de mes différents stages en médecine générale chez des praticiens libéraux installés, j'ai constaté certaines réticences à l'HAD lorsque je l'évoquais comme possible solution à certaines situations. Après quelques recherches bibliographiques et le constat d'une absence d'enquête menée depuis plus de deux ans sur l'Aural HAD de Strasbourg, et compte tenu du rôle central du médecin généraliste dans ces prises en charge, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de mesurer les freins des médecins généralistes au recours à l'HAD.

1. INTRODUCTION

1.1. Définition de l'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD est définie dans le Code de la Santé Publique comme une "activité d'hospitalisation à domicile [qui] a pour objet d'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 permet des soins médicaux et paramédicaux non réalisables en ville du fait de leur complexité, leur technicité, la fréquence à laquelle ils ont besoin d'être effectués et par la nécessité d'une coordination médicale. Une prise en charge en HAD est continue et coordonnée par une équipe pluridisciplinaire et médicalisée. Elle peut être prescrite par le médecin traitant ou le médecin hospitalier. (2)

Au niveau médical, le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge, et le médecin praticien d'HAD assure la coordination des soins.

Au niveau des soins dispensés, l'équipe est pluridisciplinaire, et doit comporter au moins un infirmier, un assistant de service social, un psychologue et un aide-soignant ou auxiliaire de puériculture ou auxiliaire médical. Cette équipe est composée de salariés de l'établissement d'HAD et/ou de professionnels libéraux et/ou de salariés de service de soins infirmiers ou de service polyvalent d'aide et de soins à domicile conventionnés. Chaque établissement d'HAD a donc une organisation qui lui est propre mais les critères d'éligibilité des prises en charge sont les mêmes pour tous. (3)

L'HAD s'adresse à tout patient atteint de pathologie(s) grave(s) aiguë(s) ou chronique(s), évolutive(s) et/ou instable(s), qui en l'absence d'un tel service relèverait d'une hospitalisation conventionnelle. (4)

Tous les établissements d'HAD doivent assurer une continuité des soins sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année. (5)

1.2 Généralités sur l'HAD

1.2.1 Historique et évolution juridique de l'HAD

L'HAD a été créée en 1957, après une première expérimentation menée par l'hôpital Tenon à Paris. Son objectif premier était le désengorgement des hôpitaux par la poursuite des soins au domicile, permettant des sorties d'hospitalisation plus précoces.

En 1970, l'HAD est légalisée par la loi du 31 décembre avec une définition juridique : "Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant". Le médecin traitant est le référent médical du patient pendant le séjour en HAD, avec obtention de son accord au préalable. (6) (7)

Le développement de l'HAD s'inscrit pleinement dans la mutation de l'offre de soins hospitalière amorcée dans les années 1980, participant à l'efficiencia des dépenses de santé de par son coût quatre fois inférieur à celui d'une hospitalisation conventionnelle. (8)

En 1991, la loi de la réforme hospitalière élargit le champ d'activité de l'HAD avec une prise en charge possible depuis le domicile pour des soins de niveau hospitalier.

Le Plan Solidarité Grand Âge de 2006 met en avant le maintien à domicile et propose le développement des offres de soins au domicile. Une circulaire spécifique à l'HAD en découle avec son premier objectif national : une activité minimale de 9 000 journées par an et par établissement.

En 2007, les prises en charge en HAD sont élargies aux patients résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes ou non) puis cinq ans plus tard à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. (2)

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) promulgue l'HAD comme une modalité à part entière de prise en charge hospitalière. Cette loi soumet tous les établissements d'HAD à une certification obtenue auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette procédure, effectuée tous les quatre ans, certifie la sécurité, la qualité et la continuité des soins au même titre que les établissements hospitaliers avec hébergement. (9) La loi ajoute également que l'appellation HAD concerne exclusivement les établissements de santé, afin d'en éviter un usage détourné (service de santé ou de soins ambulatoires non rattaché à un établissement). (10)

L'essor de l'HAD est multiplié en quelques années avec en 2016 la présence d'au moins une structure d'HAD dans chaque département. L'activité a plus que doublé en dix ans, passant de 1,9 millions de journées en 2006 à 4,9 millions en 2016, soit une activité 2,6 fois plus importante qu'en 2006. Le taux de recours national a également augmenté avec 20 patients par jour pour 100 000 habitants en 2016 contre 8 en 2006. (2) Cependant, l'HAD reste minoritaire dans l'offre de soins de court et moyen séjour à cette période. La part de la dépense remboursée par l'Assurance maladie aux hôpitaux pour l'HAD est faible (914 millions d'euros, soit 0,5% des dépenses de l'Assurance maladie et 1% de la dépense courante hospitalière). (2)

En 2017, un décret autorise le médecin coordonnateur d'HAD à intervenir ponctuellement en l'absence du médecin traitant.

En 2021, au décours de la crise sanitaire liée à la pandémie à COVID-19, plusieurs décrets concernant l'HAD sont adoptés, dont l'ordonnance du 12 mai 2021. L'HAD est désormais reconnue comme une activité de soins à part entière. Dès lors, l'obligation d'assurer une

continuité des soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 s'applique pour l'HAD au même titre que pour les autres activités de soins autorisées. (11)

De plus, de nouvelles conditions de demande ou de renouvellement d'autorisation (obtenue auprès du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS)) ont été déterminées depuis ces décrets adoptés en 2021. (12) Quatre mentions ont ainsi été définies : une mention "socle" et trois mentions de spécialité, que sont la mention "réadaptation", la mention "ante et post-partum" et la mention "enfants de moins de trois ans". Tous les établissements d'HAD doivent détenir la mention "socle" autorisant la prise en charge de tout patient de plus de trois ans. Cette mention soumet l'établissement d'HAD à deux obligations, une obligation d'accès à des structures de réanimation, de médecine et de chirurgie dans l'éventualité d'un transfert de patient, et à l'obligation d'avoir une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Ces deux formalités sont soit internes à l'établissement d'HAD, soit définies par convention avec un établissement hospitalier pour l'accès à une hospitalisation complète et avec une PUI ou une officine pour l'accès aux médicaments et aux produits de santé. (5)

Par ailleurs le décret de janvier 2022 vient compléter le rôle du médecin coordonnateur d'HAD, qui devient le médecin praticien d'HAD, avec deux nouvelles prérogatives. Le médecin praticien d'HAD peut être le référent de la prise en charge du patient lorsque l'accord de son médecin traitant n'a pu être recueilli ou lorsque l'urgence de la situation le justifie. Le médecin traitant en est informé le cas échéant. Cela sous-entend que le médecin praticien d'HAD est en mesure de faire une visite au domicile ou un acte de télésanté. De plus, lorsque le médecin traitant ne peut assurer la continuité des soins par une visite au domicile ou un acte de télémedecine, le médecin praticien d'HAD peut intervenir, y compris en matière de prescription. (13)

1.2.2 L'HAD aujourd'hui

1.2.2.1 En France

En 2020, 292 établissements d'HAD sont recensés en France. Les patients pris en charge en HAD sont majoritairement âgés avec plus de la moitié qui ont 65 ans ou plus. Les deux tiers des séjours en HAD concernent les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux.

Concernant la durée de séjour, les soins techniques de cancérologie représentent les séjours les plus courts avec 95 % de patients autonomes ou faiblement dépendants. A l'inverse, les soins de nursing lourds concernent les patients les moins autonomes et sont les séjours les plus longs (58 jours contre 18 en moyenne tout motif confondu).

En 2021, 42 % des patients sont admis directement depuis leur domicile (37 % en 2019).

Concernant l'activité de l'HAD, le taux de recours au niveau national continue d'augmenter et atteint en 2020 un taux de 27,1 patients pour 100 000 habitants. 153 645 patients sont pris en charge en HAD en 2020, soit une hausse de 15,7 % par rapport à 2019. Ces augmentations conséquentes reflètent le rôle crucial qu'a joué l'HAD lors de la crise sanitaire de 2019. (14)

En effet, les capacités de prise en charge en HAD ont connu une forte augmentation de 10,8 % en 2020 (après une augmentation à 6,2 % en 2019), l'HAD représente alors 7,0 % des capacités totales de prise en charge en hospitalisation complète en court et moyen séjours fin 2020 (contre 2,1 % en 2006). (15)

Cette crise sanitaire a entraîné un accroissement de la demande d'HAD, que ce soit pour des patients directement atteints de la COVID-19 ou pour éviter une hospitalisation avec hébergement à des patients non atteints. La part de trajectoires de soins domicile-HAD a ainsi atteint 30 % en 2020. (16)

C'est dans ce contexte que s'inscrit le décret de 2021, afin de pérenniser les acquis issus de cette crise sanitaire permettant un accès facilité à l'HAD, avec notamment l'évolution du rôle du médecin praticien d'HAD comme décrit dans la partie précédente. (14)

1.2.2.2 En Alsace

Malgré une couverture territoriale nationale avec au moins un établissement d'HAD par département, cette activité de soins reste inégalement répartie sur le territoire. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a publié un rapport sur les établissements de santé en 2022, dans lequel on retrouve les statistiques régionales concernant l'activité de l'HAD. En métropole, le nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants est au plus bas à 19,7 en Normandie, alors qu'il est au plus haut à 33,5 en Nouvelle Aquitaine. La région Grand Est à un taux légèrement inférieur au taux de recours national, avec un taux à 24,8 pour 100 000 habitants. Les départements et régions d'Outre-mer ont des taux de recours particulièrement élevés. (voir Annexe 1) (16)

On retrouve également dans ce rapport la différence entre les taux de recours à l'HAD par départements en 2006 et en 2016. En 2016, six départements ont atteint un taux de recours à plus de 30 par jour pour 100 000 habitants. La région du Bas Rhin figure parmi les augmentations les plus faibles, avec un taux de recours ayant évolué au maximum de 7 points entre 2006 et 2016. (voir Annexe 2) (2) On note ainsi que certaines inégalités persistent dans le recours à l'HAD en fonction des territoires.

En Alsace, toutes les communes sont couvertes par une HAD. Il existe cinq établissements d'HAD, deux dans le département du Haut-Rhin, localisés à Colmar et à Mulhouse, et trois dans le département du Bas-Rhin, localisés à Haguenau, à Schirmeck et à Strasbourg. A noter qu'il existe également une unité d'HAD spécialisée en Obstétrique et rattachée aux Hôpitaux Universitaires (HUS) de Strasbourg. L'ARS a instauré une répartition en quatre territoires de

santé redéfinis en 2010 en tenant compte de l'évolution des flux de patients, des consommations de soins et des données démographiques. (voir Annexe 3) (17)

Ces territoires de santé visent à optimiser l'organisation de l'offre de santé et l'application simplifiée du Projet Régional de Santé (PRS). (voir partie 2.2.1.) Les cinq établissements d'HAD couvrent l'ensemble de ces quatre territoires de santé. (voir Annexe 3) (18)

On note que le territoire d'intervention d'une structure d'HAD n'est pas forcément superposable aux territoires de santé. La zone d'intervention d'un établissement d'HAD correspond au territoire où est réalisée la plus grande partie de son activité. Ce territoire d'implantation est défini dans son autorisation d'activité accordée par l'ARS. (19)

1.3 Objectifs et perspectives de l'HAD

1.3.1 Projet Régional de Santé 2018-2028

Un Projet Régional de Santé (PRS) est fixé par chaque ARS pour un temps défini, généralement sur cinq à dix ans, qui détermine les objectifs pluriannuels d'une région et les mesures à mettre en place pour les atteindre. Ces objectifs sont en rapport avec la stratégie nationale de santé et respectent les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans la région Grand Est, le PRS est défini tous les dix ans, avec en 2018 l'élaboration du PRS 2018-2028. Celui-ci vise notamment à consolider l'offre de soins ambulatoires, en lien avec l'engagement politique actuel en faveur des soins ambulatoires.

Le PRS 2018-2028 comporte sept axes d'orientation stratégique, dont l'axe numéro six qui comporte des objectifs dédiés au renfort de l'HAD. En effet, l'HAD est une modalité de prise en charge qui répond à cet enjeu politique, étant l'une des principales alternatives à l'hospitalisation conventionnelle. Ce sixième axe stratégique comporte neuf objectifs dont

quatre se rapportant directement à l'HAD, visant à faciliter sa mise en œuvre et à accroître sa visibilité auprès des prescripteurs et des patients. (19)

Le premier objectif vise à augmenter le taux de recours à l'HAD, par des actions de communication et par des actions de formation des professionnels de santé. Le PRS propose la mise en place d'une fiche informative reposant sur les recommandations HAS destinés aux médecins hospitaliers et aux médecins généralistes.

Le deuxième objectif propose d'intégrer l'HAD dans la structuration des filières de soins des douze Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) de la région Grand Est. Cet objectif permet d'organiser une permanence des soins effective avec une continuité des soins 24h/24h, répondant à la nouvelle obligation fixée par le décret de 2021.

Le troisième objectif préconise d'optimiser l'organisation et la coordination entre hospitaliers et libéraux, et les acteurs intervenant au domicile, par la rédaction d'une charte régionale de bonnes pratiques commune aux HAD.

Le quatrième objectif vise à rendre l'HAD plus accessible par la création de guichet d'appel pour les professionnels de santé, sur chaque territoire de santé. Ceci permettrait de créer une voie unique de demande d'HAD, simplifiant la démarche et garantissant une réponse adaptée aux demandes. De plus, les délais d'attente s'en trouveraient réduits. (19)

Le PRS 2018-2028 propose également dans le septième axe stratégique un développement des innovations notamment technologiques au profit du système de santé, dont l'HAD. La télémédecine permet le partage et l'échange d'informations sécurisées, et donc une coordination des soignants renforcée, tout en assurant la traçabilité des données. C'est aussi une partie de réponse aux problématiques de démographie médicale. (19)

La télémédecine offre quatre modalités de consultation et de suivi, par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. Il existe la téléconsultation qui permet une consultation à distance, la télé-expertise qui permet la demande d'un avis spécialisé à un

spécialiste, la télésurveillance qui permet l'interprétation à distance de données issues du lieu de vie du patient, et enfin la téléassistance qui permet d'assister un professionnel de santé à distance lors de la réalisation d'un acte. (20)

Dans une HAD, la télémédecine peut accroître la confiance des usagers par un suivi médical renforcé via la téléconsultation, et une continuité des soins améliorée par la télésurveillance.

(21) La téléconsultation peut également être utilisée par le médecin praticien d'HAD pour évaluer l'indication d'HAD, permettant d'améliorer les délais de réponses. Le médecin praticien d'HAD peut également adapter le protocole de soins plus facilement par son biais.

La télé-expertise permet un accès plus rapide à un avis médical spécialisé, notamment dans les territoires avec difficulté de démographie médicale. Ces technologies de l'information et de la communication peuvent permettre une optimisation de la prise en charge du patient voire une limitation des hospitalisations ou des orientations aux urgences.

Cette télémédecine est permise par un équipement informatique équipé d'une caméra (type ordinateur portable ou tablette informatique), mis en place au domicile du patient, sans stockage de données et en passant par une connexion sécurisée. Cet équipement est mis en place au titre de la prise en charge en HAD. (20)

1.3.2 Feuille de route de l'HAD 2021-2026

En 2021, le ministère des Solidarités et de la Santé a publié la feuille de route de l'HAD avec des objectifs fixés pour cinq ans, entre 2021 et 2026. Cette feuille de route vise à pallier le développement encore insuffisant de l'HAD au regard du dessein politique actuel, en faveur du renforcement des soins ambulatoires. La méconnaissance des modalités de prise en charge par les prescripteurs et le recours à l'hébergement hospitalier encore trop fréquent ont été identifiés comme les deux principaux freins au développement de l'HAD.

Cette feuille de route 2021-2026 est une référence nationale sur les mesures à mettre en œuvre pour développer le recours à l'HAD, elle est destinée aux établissements d'HAD mais également aux prescripteurs (libéraux et hospitaliers). (3) Elle s'inscrit avec l'ensemble des stratégies nationales, et est notamment en lien avec le plan national du développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024. (14)

Elle s'articule autour de sept axes de développement. Un des objectifs vise à réduire la méconnaissance de l'HAD auprès des prescripteurs, que ce soit au niveau de ses indications ou de ses prises en charge spécialisées, en incitant les futurs médecins à effectuer des stages en établissement d'HAD. Cela permettrait aux futurs praticiens de mieux appréhender les indications d'HAD et son fonctionnement.

On retrouve un axe dédié à la nécessité de renforcer la place de l'HAD dans l'organisation territoriale sanitaire, l'accès aux soins étant actuellement et pour les années à venir une préoccupation majeure. Cela se traduit par un exercice coordonné entre l'HAD et le secteur libéral, notamment en promouvant son intégration dans les projets de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). (3) Les CPTS sont des regroupements de professionnels de santé organisés autour d'un exercice coordonné au sein d'un territoire. (22)

Un renfort de coordination entre l'HAD et le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est également mis en avant, notamment pour les situations complexes. (3) Le DAC a été créé en juillet 2022, il regroupe les réseaux de santé territoriaux, les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), les Coordinations Territoriales d'Appui (CTA) et les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Il permet de simplifier toute demande d'appui d'un professionnel de santé via une seule plateforme qui y réponds quels que soient la pathologie ou l'âge du patient. (23)

L'axe consacré à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prises en charge en HAD contient un objectif dédié aux médecins généralistes, les incitant à solliciter l'HAD en substitution d'une hospitalisation conventionnelle dès que la situation clinique est compatible. Cela vise à être facilité par l'amélioration de l'anticipation d'une admission, ce qui permettrait de réduire les délais de mise en place d'une HAD et ainsi limiter des transferts évitables aux urgences. La feuille de route propose de raccourcir ce délai en intégrant une téléconsultation, permettant d'évaluer rapidement l'indication ou non de l'HAD.

Cet axe relate également une amélioration de l'accès au dossier patient à son domicile, afin de garantir une meilleure traçabilité des actes, et une amélioration de la télétransmission entre établissements d'HAD et pharmacies pour limiter les transmissions en format papier.

Enfin la feuille de route propose un recours à la télémédecine (téléexpertise et téléassistance) notamment pour les territoires en difficultés démographiques médicales, afin d'étayer le champ des prises en charge en HAD. (3)

1.4 L'Aural HAD de Strasbourg

1.4.1 Présentation

1.4.1.1 Structure et zone d'intervention

L'Aural est une association à but non lucratif créée en 1972 par le Professeur Jahn, à l'époque chef de Service de Néphrologie et d'Hémodialyse du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Strasbourg. Elle est composée d'établissements de santé privés reconnus d'intérêt public, qui sont initialement des centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique. L'association Aural est présente dans toute la région d'Alsace, avec des unités de dialyse dans les villes de Strasbourg, Haguenau, Saverne, Colmar et Mulhouse. En mai 2004, l'établissement Aural de Strasbourg ouvre une filiale d'HAD. (24)

L'Aural HAD de Strasbourg a une autorisation d'activité de soins dans trois des quatre mentions définies par les décrets de 2021, la mention socle, obligatoire, et les mentions réadaptation et enfants de moins de trois ans. La mention ante et post-partum est réalisée par l'HAD obstétricale des HUS. (25)

L'Aural HAD de Strasbourg intervient à Strasbourg, sa zone de proximité et le canton d'Erstein. Elle couvre une partie du territoire de santé 2 avec l'HAD de Schirmeck, et trois villes du territoire de santé 1, à savoir Vendenheim, La Wantzenau et Eckwersheim. Au total l'Aural HAD de Strasbourg s'occupe de 71 villes. (voir Annexe 4) (26)

1.4.1.2 Prises en charge et filières spécialisées

L'Aural HAD de Strasbourg propose plusieurs types de prises en charge :

- Traitement intraveineux
- Soins palliatifs
- Pansement complexe
- Prise en charge de la douleur
- Surveillance post chimiothérapie
- Surveillance d'aplasie
- Post traitement chirurgical
- Éducation du patient et de son entourage
- Assistance respiratoire
- Nursing lourd
- Nutrition entérale et parentérale
- Surveillance post-radiothérapie
- Prise en charge psycho-sociale
- Rééducation orthopédique

– Rééducation neurologique

L'Aural HAD de Strasbourg possède cinq filières spécialisées, une filière de soins palliatifs, une filière pour les plaies complexes, une filière de pédiatrie, une filière de rééducation et une filière dédiée aux soins polyvalents. (25)

Cette organisation en filières permet de développer des compétences spécifiques au sein de l'HAD et d'améliorer la prise en charge des patients.

1.4.1.3 Les différents intervenants

L'Aural HAD de Strasbourg est composée d'une équipe pluridisciplinaire interne à l'établissement qui coordonne les interventions de professionnels extérieurs. Le service de soins de l'Aural est constitué de médecins praticiens, de cadres de santé, d'infirmières coordinatrices d'évaluation et de filières, d'infirmiers et d'aides-soignants, d'une puéricultrice coordinatrice, d'une stomathérapeute, d'une diététicienne, d'une psychologue, d'une kinésithérapeute et de deux ergothérapeutes.

Comme défini par le décret de janvier 2022, le médecin praticien d'HAD est le référent médical de la structure, il organise le fonctionnement médical et veille à maintenir une continuité des soins. Il donne son accord pour l'admission et la sortie des patients, et est le principal interlocuteur des médecins libéraux et hospitaliers. (13) Depuis septembre 2022, l'Aural HAD de Strasbourg a mis en place une astreinte médicale toutes les nuits, les week-ends et les jours fériés, en adéquation avec le décret de 2021.

On retrouve également un service social avec plusieurs assistantes sociales.

L'établissement possède une PUI qui permet un accès aux médicaments de la réserve hospitalière.

Enfin on retrouve un service logistique qui s'occupe de la livraison de médicaments et de dispositifs médicaux, et gère le circuit d'élimination des déchets.

Cette équipe pluridisciplinaire est en lien avec les intervenants libéraux, en priorisant l'équipe déjà en place au domicile si tel est le cas, ou se charge d'en solliciter une nouvelle. (27)

Le médecin traitant reste le pivot de l'HAD, qu'il en soit le prescripteur ou non. Il assure la prise en charge médicale du patient et prescrit les thérapeutiques, soins et examens, en lien avec le projet de soins définis à l'admission. Son accord est indispensable avant toute admission en HAD. (25)

1.4.2 Mise en place et fonctionnement

1.4.2.1 Critères d'éligibilité

Une demande d'admission en HAD se fait sur prescription médicale (par un médecin libéral ou hospitalier). (25) Cette demande peut être faite chez tout patient qui a une indication d'hospitalisation et qui remplit les critères d'éligibilité d'une HAD, critères qui ne sont pas forcément connus des prescripteurs.

Le prescripteur d'une HAD peut d'emblée contacter un médecin praticien d'HAD pour en discuter. Il peut également utiliser en amont de sa demande un outil d'aide à la prescription d'HAD. Ce dispositif mis en place en 2017 par la HAS est un outil d'Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD (ADOP-HAD), à destination des médecins prescripteurs. Il permet d'évaluer l'éligibilité d'un patient à l'HAD, et est disponible sur le lien : <http://adophad.has-sante.fr/>. L'outil repose sur un algorithme établi en collaboration avec les professionnels de santé et permet d'avoir rapidement une évaluation des critères d'éligibilité du patient. (voir Annexe 5)

Quelle que soit l'indication de l'HAD, il est indispensable que le patient soit en capacité d'alerter ou qu'un proche aidant soit présent au domicile. Tout patient isolé qui n'est pas en capacité de signaler un problème ne peut pas être admis en HAD. D'autre part, un patient qui

nécessite une surveillance en soins intensifs ou l'accès à un plateau technique ne peut pas être éligible à une HAD. Enfin le patient et son médecin traitant doivent accepter l'HAD. (28)

Une fois ces pré-requis validés, l'outil permet l'évaluation de l'indication d'HAD. Il y a quatre critères d'inclusion directe, un seul de ces critères suffit à justifier la demande d'HAD :

- Nécessité d'administration de médicaments de réserve hospitalière (antibiothérapie comme la Daptomycine, immunothérapie comme le Nivolumab, etc.) (29)
- Nécessité de soins de nature hospitalière (drainage pleural, transfusion sanguine, analgésie par MEOPA, etc.)
- Charge en soins très importante sur le lieu de vie du patient (fréquence élevée des interventions et/ou durée cumulée des soins importante)
- Parcours de soins défini par un protocole entre un service hospitalier et l'HAD, notamment les protocoles de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) (30)

Si le patient ne remplit pas l'un de ces critères d'inclusion directe, une HAD peut se justifier par la présence concomitante de trois autres critères, appelés critères de niveaux d'intervention. Si l'un ou plusieurs de ces critères ne sont pas remplis, le patient n'est pas éligible à une HAD :

- Patient à risque d'aggravation et/ou ayant plusieurs fois eu recours à l'hospitalisation avec hébergement et/ou ayant plusieurs critères de complexité médico-psycho-sociale (polypathologie, dépendance majorée, troubles neurocognitifs, vulnérabilité psycho-sociale)
- Nécessité d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale, sociale et psychologique
- Nécessité d'une continuité des soins 24h/24 et 7j/7 (28)

Ainsi, si le patient possède tous les pré-requis et remplit au moins un critère sur les quatre critères d'inclusion directe ou remplit les trois critères de niveaux d'intervention, alors le prescripteur peut contacter l'équipe de l'HAD de sa zone d'intervention pour une demande d'admission. Cependant chaque établissement d'HAD a des critères d'éligibilité qui lui sont propres, et cet outil n'est qu'une aide à la prescription, en cas de doute le prescripteur peut joindre directement l'établissement d'HAD. Par exemple l'Aural HAD de Strasbourg note dans ses critères d'exclusion la nécessité d'une présence soignante 24h/24 et/ou des soins programmés la nuit avec nécessité d'un passage infirmier. (25)

1.4.2.2 Admission en HAD

A l'Aural HAD de Strasbourg, toute demande d'HAD est soumise par un appel téléphonique. La demande est étudiée en premier lieu sur le plan médical, par le médecin praticien d'HAD, en concertation avec le médecin traitant. Cela conduit à l'élaboration d'un projet thérapeutique en cas d'éligibilité du patient. Une fois cette première étape approuvée, une évaluation du patient est effectuée par un cadre infirmier de coordination qui rencontre en amont de l'admission le patient et ses proches (au domicile du patient ou dans le service hospitalier). Dans certains cas complexes un médecin praticien d'HAD participe à cette évaluation. Il est important d'impliquer l'entourage du patient dès son évaluation car sa participation peut être nécessaire pour assurer une présence et une aide à la réalisation des gestes de la vie quotidienne. (27)

Cette évaluation vient compléter la première évaluation médicale et permet l'évaluation des besoins du patient sur le plan paramédical, social et environnemental. En cas de difficultés sociales et/ou environnementales importantes, une assistante sociale de l'Aural HAD peut également participer à cette évaluation présenteielle, permettant d'initier l'accompagnement social au domicile du patient le temps de l'HAD.

Si cette deuxième évaluation aboutit à une admission effective, le médecin prescripteur transmet une lettre de liaison ou les éléments du dossier médical précisant l'anamnèse et les antécédents du patient. Cela permet aux médecins praticiens d'HAD de renseigner la partie médicale du Dossier Patient Informatisé (DPI). Le médecin prescripteur transmet également les ordonnances en cours. L'ordonnance médicale doit être complète, comportant le traitement chronique et le traitement aigu. Celle-ci est transmise à la PUI de l'HAD qui s'assure de la livraison des médicaments au domicile du patient. Le prescripteur d'HAD peut joindre si indication une ordonnance de laboratoire, et/ou une ordonnance de kinésithérapie, et/ou une ordonnance concernant certains actes (sonde urinaire, sonde naso-gastrique, bandes de contention etc.).

Les ordonnances concernant les soins infirmiers, le matériel et les dispositifs médicaux sont gérées par l'Aural HAD. L'équipe de l'HAD s'occupe de la prise de contact avec l'équipe soignante intervenant au domicile durant l'HAD. (27)

Le médecin praticien d'HAD peut alors valider l'HAD et contacter le médecin traitant pour obtenir son accord de prise en charge si celui-ci n'est pas le prescripteur de l'HAD. Le patient peut également être inclus dans une filière spécifique (soins palliatifs, plaies complexes, pédiatrie, rééducation ou soins polyvalents). (25)

1.4.2.3 Prise en charge et suivi du patient en HAD

Une fois l'entrée du patient en HAD, en fonction des besoins évalués précédemment, l'Aural HAD s'occupe de la livraison au domicile des médicaments, du matériel médical, et des dispositifs médicaux. Les médicaments et dispositifs médicaux sont livrés via la pharmacie Aural, et le matériel médical passe par des prestataires contactés par l'équipe de l'HAD (lit, matelas anti-escarre, chaise roulante etc.). Une tablette informatique est également mise à disposition au domicile pour l'ensemble des soignants intervenants.

Dès le premier jour de prise en charge en HAD, les soins sont assurés par une équipe d'infirmier(ère) libéral(e) et au besoin une équipe d'auxiliaire de vie sociale (AVS) et/ou par les soignants de l'HAD.

L'ensemble des actes effectués est tracé dans le DPI par le biais du logiciel MHCare, disponible sur la tablette informatique. L'HAD Aural travaille effectivement sur MHCare, le logiciel de DPI dédié à l'HAD. Ce DPI rassemble un dossier médical (anamnèse, observations médicales, projet thérapeutique, courriers médicaux), un dossier de soins (transmissions ciblées, plan de soins, suivi des constantes, suivi de plaies) et un circuit du médicament (prescription, validation pharmaceutique, dispensation et administration des traitements). Il permet aussi une communication entre soignants par le biais d'une messagerie sécurisée, avec possibilité de transmissions ciblées. Le logiciel offre également la possibilité de télémedecine.

(31) Tous les médecins traitants reçoivent des codes d'accès au logiciel MHCare une fois leur patient admis en HAD.

Le suivi médical du patient est assuré par le médecin traitant, qui reste le référent médical de la prise en charge. Il consulte son patient lors de visite à son domicile, et prescrit les thérapeutiques, soins et examens. (25) Les prescriptions médicales peuvent se faire par divers moyens :

- Soit par le logiciel MHCare : directement via la tablette informatique présente au domicile ou via le support informatisé habituellement utilisé par le médecin traitant lors de ses visites (ordinateur, tablette informatique, smartphone) par le biais du portail web du logiciel
- Soit par ordonnances numériques ou ordonnances papiers numérisées envoyées à l'Aural HAD par mail ou par fax, qui seront ensuite numérisées dans le logiciel MHCare

Les médecins praticiens d'HAD valident ensuite ces prescriptions sur le logiciel MHCare, puis les pharmaciens de la PUI de l'Aural les contrôlent. La PUI assure ensuite leur livraison au domicile du patient par une équipe de livreurs. (27)

L'organisation du suivi est assurée par l'équipe Aural HAD, en collaboration avec le patient et sa famille. Le médecin praticien d'HAD assure la coordination médicale entre le médecin traitant, le service hospitalier et les différents interlocuteurs médicaux. Il peut également conseiller le médecin traitant et être sollicité en cas de difficultés, en fonction de ses compétences. Le médecin praticien d'HAD peut également intervenir directement dans la prise en charge si le médecin traitant ne peut assurer la continuité des soins médicaux (décret de janvier 2022). De plus, depuis septembre 2022, en plus de l'astreinte infirmière 24h/24, une astreinte médicale a été instaurée toutes les nuits, les week-ends et les jours fériés.

Les cadres infirmiers de coordination effectuent une évaluation hebdomadaire de la planification des soins en fonction des besoins et de l'évolution de l'état de santé du patient. Les assistantes sociales d'Aural HAD peuvent aussi intervenir au cours du suivi du patient si nécessaire. (27)

A l'issue du projet thérapeutique, la sortie d'HAD est organisée après concertation entre le médecin praticien d'HAD, le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire de l'HAD. Le matériel livré au domicile du patient est récupéré en fin de séjour si le patient n'en a plus besoin. (25)

1.4.2.4 Prise en charge financière

Une HAD est prise en charge financièrement par l'Assurance maladie au même titre qu'une hospitalisation avec hébergement. Elle prend en charge 80 % des frais d'hospitalisation, sous condition que le patient soit à jour de ses droits. Les 20 % restants sont à la charge du patient ou peuvent être remboursés par sa complémentaire santé (y compris la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)). Lors d'une hospitalisation avec hébergement, un

forfait journalier hospitalier s'ajoute à ces frais, qui correspond aux frais d'hébergement et d'entretien. Il n'y a pas de forfait journalier hospitalier lors d'une HAD car le patient est soigné à son domicile. Les patients bénéficiant d'une prise en charge à 100% le sont également dans le cadre d'une HAD (par exemple pour un patient avec une Affection Longue Durée (ALD) si l'HAD est en lien avec l'ALD, ou pour un patient bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)). (32)

L'assurance maladie finance l'HAD selon une tarification à l'activité fondé sur un forfait journalier prenant en compte le mode de prise en charge, l'état de dépendance du patient et la durée de la prise en charge. L'HAD refacture également à l'Assurance Maladie certains médicaments onéreux. Avec ce forfait journalier, l'HAD finance tous les soins paramédicaux (équipe interne ou libéraux), le matériel médical, les médicaments et les dispositifs médicaux ainsi que certains transports sanitaires. L'HAD ne prends pas en charge le financement des aides sociales (AVS, aides ménagères, portage des repas, téléassistance etc.) et la fourniture et l'entretien du linge de lit et de toilette. Les honoraires médicaux sont directement remboursés au patient par l'Assurance Maladie sans passer par l'HAD. (33)

1.5 Justification de l'étude

1.5.1 Contexte de l'étude

Le vieillissement de la population est un phénomène établi depuis plusieurs décennies dans les pays développés. L'OMS prévoit le doublement du nombre de personnes âgées (65 ans et plus) dans le monde d'ici 2050. (34) En France, la part des personnes âgées de plus de 60 ans représente un quart de la population en 2022, et pourrait représenter jusqu'à un tiers de la population en 2050 selon Santé Publique France. (35) Ce vieillissement de la population

s'associe à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et du nombre de personnes polypathologiques, ce qui induit une utilisation plus importante des ressources du système de santé. (36)

Or, le système de soins est actuellement fortement impacté par des problématiques de démographie médicale, notamment dans le secteur public. En effet, malgré une hausse moyenne de 3% des effectifs soignants entre 2019-2021, la quasi-totalité des établissements publics de santé indiquent avoir des difficultés de recrutement notamment pour les professions aides-soignants et infirmiers. (37) S'ajoutent à ces difficultés de personnel des problématiques budgétaires avec une situation financière globalement fragile des hôpitaux publics. (38) Cette conjoncture défavorable entraîne une fermeture des lits, fermeture estimée à 27 000 lits d'hospitalisation complète entre 2013 et 2020, soit une baisse de 6,5 % en sept ans. (15)

Le gouvernement a ainsi instauré depuis 2016 avec la loi n° 2016-41 dite "loi de modernisation de notre système de santé" une politique sanitaire recentrée sur le secteur ambulatoire. Cette loi a amorcé ce que l'on appelle aujourd'hui le virage ambulatoire, qui consiste à réorienter le système de santé sur les soins primaires et non sur l'hôpital. C'est d'ailleurs dans cette dynamique que s'inscrivent les projets mentionnés en introduction, le PRS 2018-2028 et la feuille de route de l'HAD 2021-2026.

Les parcours de soins s'appuient dès lors sur les médecins de ville et en particulier les médecins traitants, qui deviennent des véritables pivots et coordinateurs de prises en charge. Les hôpitaux sont relayés à leur rôle de soins et non d'hébergement, avec un objectif d'optimiser les hospitalisations. Cela est rendu possible du fait des progrès techniques, qui permettent de réaliser des chirurgies en ambulatoire ou encore de transférer des hospitalisations de courte durée en hospitalisation de jour. En ville, les axes de développement sont majoritairement le renforcement de la coopération entre professionnels de santé et la

limitation des orientations vers l'hôpital par le développement de l'HAD et de la télésanté.
(39)

En effet, l'HAD s'inscrit pleinement dans cette stratégie nationale de santé en se positionnant en tant qu'offre de soins ambulatoires et en répondant à l'enjeu de diminution de l'hébergement hospitalier. Elle permet de libérer des lits d'hospitalisation conventionnelle pour les cas les plus graves et participe à une meilleure efficience des dépenses de l'Assurance Maladie. (8) L'HAD constitue ainsi une partie de réponse aux besoins de soins croissants de cette population vieillissante, fragilisée par l'augmentation des maladies chroniques.

1.5.2. Objectifs de l'étude

Dans ce contexte, l'HAD apparaît comme une priorité stratégique dans l'organisation du système de soins mais reste encore sous-utilisée dans la majorité des régions françaises, et ce malgré son rôle majeur face à la crise sanitaire de 2019. (2) La bonne implantation territoriale et le fonctionnement efficace de cette activité de soins dépendent de l'implication des médecins généralistes, véritables pivots de son organisation. Toutefois, leur investissement reste encore mitigé.

En Alsace, deux études qualitatives ont été menées sur l'HAD et les médecins généralistes dans le cadre de thèses d'exercice : une portant sur les avantages et inconvénients de l'HAD de Sarrebourg par le Dr Wendling (40), et une abordant la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs à l'Aural HAD de Strasbourg par le Dr Tryleski. (41) Ces deux travaux sont antérieurs aux changements adoptés depuis le décret de 2021, notamment à l'Aural HAD de Strasbourg avec le renforcement du rôle du médecin coordonnateur désormais nommé médecin praticien d'HAD et la mise en place d'une astreinte médicale continue depuis septembre 2022.

Une campagne de sensibilisation à l'HAD a par ailleurs été menée de mi-octobre 2022 à janvier 2023 auprès de l'ensemble des médecins généralistes du Bas-Rhin par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin, dont une partie recensant leurs principales réticences à l'utilisation de l'HAD. (42)

Au vu de ces récents éléments, et après une recherche bibliographique approfondie, il nous a paru opportun d'établir une nouvelle enquête afin de quantifier ces freins au recours à l'HAD, identifiés lors de ces précédentes études.

L'objectif primaire de cette étude est donc l'évaluation des freins au recours à l'HAD des médecins généralistes exerçant dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg.

L'objectif secondaire est la recherche de leviers permettant de renforcer l'utilisation de l'HAD, en vue d'améliorer ses modalités de prise en charge tout en facilitant le positionnement et l'intervention du médecin traitant.

In fine, ce travail de thèse sera envoyé aux médecins de l'AURAL HAD, pour mieux comprendre les attentes des médecins généralistes et élaborer des stratégies en conséquence.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1 Type d'étude

La méthodologie quantitative a pour but de démontrer des faits en quantifiant un phénomène. Ce phénomène que sont les freins des médecins généralistes à l'utilisation de l'HAD a déjà été exploré lors de précédentes enquêtes qualitatives. Notre objectif est d'analyser ces faits en dénombrant ces freins, afin de les mesurer et de vérifier s'ils sont partagés sur une échelle plus large. (43)

Ce travail de thèse repose ainsi sur une étude quantitative transversale observationnelle descriptive, menée par le biais d'un questionnaire auto-administré en ligne.

2.2 Population étudiée

L'étude a été réalisée sur un échantillon constitué par une méthode d'échantillonnage non aléatoire : l'échantillonnage à participation volontaire. Cet échantillon est issu d'une population source définie par les critères d'inclusion et les critères de non-inclusion suivants :

- Critères d'inclusion :
 - Être installé en tant que médecin généraliste
 - Exercer dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg
 - Accepter de participer à l'étude

- Critères de non-inclusion :
 - Ne pas être médecin
 - Être médecin spécialiste
 - Être médecin non installé (médecin remplaçant ou interne en médecine)

- Ne pas exercer dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg
- Refuser de participer à l'étude

Nous avons volontairement choisi de ne pas mettre comme critère d'inclusion "Avoir eu une expérience avec l'hospitalisation à domicile", de façon à quantifier également les freins des médecins généralistes n'ayant jamais eu d'expérience avec l'HAD.

2.3 Recueil des données

2.3.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré après avoir recensé de nombreux travaux et rapports sur l'HAD, afin de considérer toutes les modalités de réponses possibles, dans un but d'exhaustivité. Plusieurs enquêtes qualitatives ont permis de générer des tendances sur les réticences que peuvent exprimer les médecins généralistes à l'utilisation de l'HAD, et les rapports tels que celui de la Cour des Comptes de 2015 ont souligné les freins à la prescription de l'HAD par les médecins généralistes. (8) En mettant en parallèle ces différents freins et ceux qui ont été soulignés lors de la campagne de sensibilisation à l'HAD diffusée de mi-octobre 2022 à janvier 2023 par la CPAM du Bas-Rhin, un premier questionnaire a pu être établi. Nous avons ensuite peaufiné le questionnaire après une phase de test auprès d'un médecin généraliste et de deux personnes travaillant hors milieu médical.

Au total, le questionnaire comporte quarante-sept questions dont quarante questions à réponses fermées. En effet, les réponses fermées nous ont paru plus pertinentes pour répondre à l'objectif de l'enquête, faciliter la fluidité du questionnaire et ainsi augmenter le nombre de répondants. De plus, ces quarante questions sont à choix unique afin de faciliter l'analyse

statistique, avec une construction de propositions volontairement paires autant que possible, afin de limiter la tendance des répondants à choisir la réponse du milieu. Le questionnaire comporte deux questions à réponses semi-ouvertes, afin d'obtenir toutes les modalités de réponses. Enfin il contient cinq questions ouvertes pour favoriser des réponses riches et diverses.

Ces quarante-sept questions sont réparties en neuf parties, dont une dernière partie qui comporte une question ouverte permettant l'expression de remarques ou de suggestions. (voir Annexe 6)

Les neuf parties sont les suivantes :

- Partie 1 : Renseignements socio-démographiques
- Partie 2 : Etat des lieux
- Partie 3 : Concernant la mise en place de l'HAD
- Partie 4 : Concernant les pathologies prises en charge en HAD
- Partie 5 : La visite à domicile de votre patient en HAD par rapport à une visite à domicile classique
- Partie 6 : La gestion du patient en HAD
- Partie 7 : Les prescriptions du patient en HAD
- Partie 8 : Concernant les intervenants de l'HAD
- Partie 9 : Quelle(s) solution(s) permettrai(en)t de renforcer le recours à l'HAD par les médecins généralistes ?

Le questionnaire a ensuite été transposé dans l'outil d'enquête en ligne LimeSurvey avant sa diffusion.

2.3.2 Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire s'est déroulée de fin mars 2023 à fin juillet 2023, par voie informatique via un lien généré par LimeSurvey.

Le questionnaire été diffusé en passant par une publication mensuelle à la newsletter du portail régional d'information en santé porté par l'Union Régionale des Professionnels de santé - Médecins Libéraux (URPS-ML), respectivement le 31/03/2023, le 05/05/2023 et le 30/06/2023, et par e-mailing via le secrétariat général de l'Aural HAD de Strasbourg le 05/05/2023. Il a également été publié à partir du 21/04/2023 sur les sites internet du Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) et de la Fédération française des médecins généralistes (MG France), sur des pages dédiés.

2.4 Analyse des données

Au total, nous avons obtenu quarante-quatre questionnaires complètement renseignés. Les participants n'ayant pas répondu au-delà de la trente sixième question ont été exclus de l'analyse, ce qui correspond à quatre questionnaires partiellement remplis (les arrêts du questionnaire ont été observés entre la question 16 et la question 27). Ainsi sur les quarante-huit questionnaires reçus, quarante-quatre ont été analysés soit 91,7%.

De plus, lorsque les médecins généralistes n'ont pas répondu à une question, la réponse a été analysée comme une donnée manquante.

Notre enquête est une étude transversale descriptive quantitative à variables qualitatives, aucune variable quantitative n'a été recueillie. Il n'y a donc pas de description de variables par le biais d'indicateurs de dispersion (étendue, variance et écart-type) et de position (moyenne, médiane et quartiles). Les variables qualitatives ont été décrites avec les effectifs et les proportions de chaque modalité.

Pour l'analyse statistique univariable entre plusieurs variables qualitatives, le test paramétrique du Chi2 a été utilisé si les conditions d'application le permettaient. Si ce n'était pas le cas, le test exact de Fisher a été utilisé. Ces deux tests statistiques permettent d'analyser un lien statistique entre deux séries de valeurs qualitatives. Chaque test effectué repose sur l'hypothèse nulle, nommée hypothèse H_0 , que les deux variables sont indépendantes (ce sont des tests statistiques d'indépendance). On rejette ou non cette hypothèse en fonction du résultat du test. Ils permettent de conclure sur une corrélation et non sur une causalité, et ne donnent en aucun cas l'intensité du lien entre les deux variables.

Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses. Les tests statistiques ont ainsi été jugés statistiquement significatifs en cas de p value inférieure ou égale à 0,05. Pour réaliser ces analyses univariées, une base de données dédiée a été créée du fait de regroupement de variables, afin d'éviter les effectifs théoriques insuffisants.

L'ensemble des analyses a été réalisé sur le logiciel R dans sa version 3.1, R Development Core Team (2008) via l'application GMRC Shiny Stat du CHU de Strasbourg (2017). (44) Une partie des analyses a également été relue et corrigée par M. Jérémy Lamouroux, statisticien.

2.5 Cadre réglementaire

Ce travail de thèse est en conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et avec la loi informatique et libertés 78-17.

Les données personnelles collectées concernent l'état civil (âge et sexe), les coordonnées (la ville d'exercice) et la vie professionnelle (proportion de patients de plus de 65 ans, nombre de patients en fin de vie). L'intégralité des réponses a été recueillie de manière confidentielle et l'analyse des données s'est faite dans le respect de cette confidentialité.

L'Aural HAD de Strasbourg a donné son accord préalable à la réalisation de cette enquête, par le biais du Dr Dimitrov, ancien responsable médical.

Enfin une convention de mise à disposition des données de la campagne HAD 2022 a été signée avec la CPAM du Bas-Rhin, représentée par son directeur M. Rouchon, à l'issue de notre rencontre du 21/03/2023 avec Mme Pallas, chargée de mission.

3. RESULTATS

3.1 Analyses statistiques descriptives des données

3.1.1 Renseignements socio-démographiques et pratiques de la population étudiée

3.1.1.1 Âge et sexe

Le tableau ci-dessous représente le nombre de femmes et d'hommes ayant répondu à l'enquête, classé en fonction de leur tranche d'âges respective :

Tableau 1 : Répartition des répondants selon le sexe et leur tranche d'âge

Tranches d'âge	Femmes	Hommes	Total
Entre 20 et 29 ans	0	0	0 (0%)
Entre 30 et 39 ans	10	4	14 (31,8%)
Entre 40 et 49 ans	6	2	8 (18,2%)
Entre 50 et 59 ans	4	6	10 (22,7%)
Entre 60 et 69 ans	5	5	10 (22,7%)
Plus de 70 ans	0	2	2 (4,5%)
Total	25 (56,8%)	19 (43,2%)	44 (100%)

On note une légère prédominance de médecins généralistes femmes dans notre enquête (56,8%). Concernant l'âge, les réponses ayant été proposées sous forme de tranches, il n'est pas possible de préciser la moyenne d'âge des participants. La tranche d'âge entre 30 et 39 ans est légèrement majoritaire à 31,8%.

3.1.1.2 Lieu d'installation

Sur les 71 villes couvertes par l'Aural HAD de Strasbourg, 17 villes sont représentées dans cette enquête. 22 répondants sont installés à Strasbourg soit 50% des répondants. Hormis

dans Strasbourg, il n'y a pas plus de deux médecins généralistes installés dans une même ville qui ont répondu à ce questionnaire.

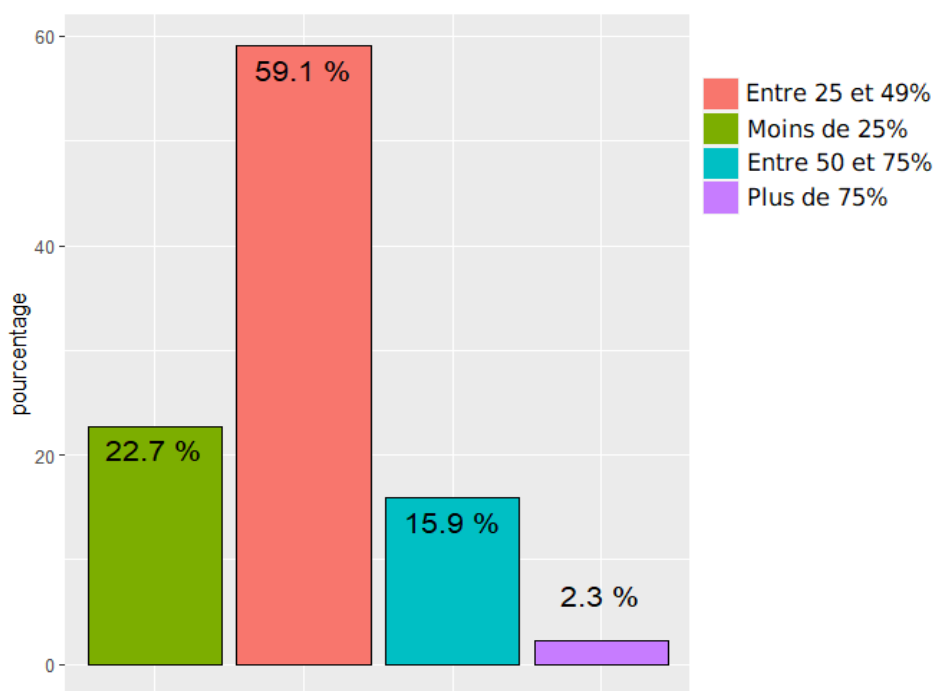
3.1.1.3 Visites à domicile

Une grande majorité des médecins généralistes participants effectuent des visites à domicile, avec 41 réponses positives soit 93,2%.

3.1.1.4 Patientèle

Une majorité des médecins généralistes (59,1%) ont une proportion de patients de plus de 65 ans comprise entre 25 et 49%. 22,7% ont moins de 25% de leur patientèle qui ont plus de 65 ans. 15,9% des médecins répondants ont une proportion de ces patients qui représentent entre 50 et 75% de leur patientèle. Enfin 1 seul médecin généraliste (2,3%) a plus de 75% de patients de plus de 65 ans.

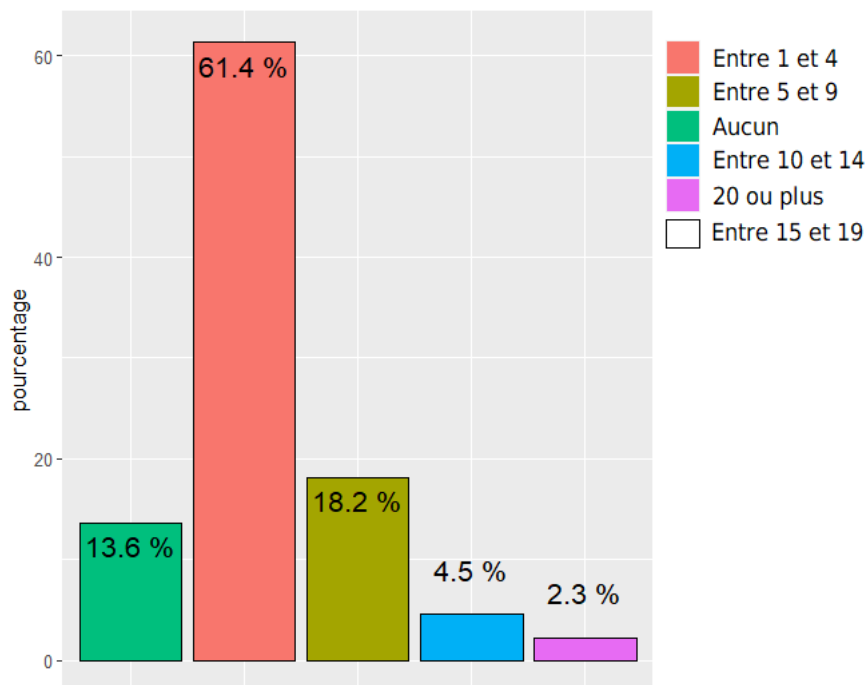
Figure 1 : Proportion de leurs patients de plus 65 ans



Une majorité des médecins généralistes (61,4%) accompagnent entre 1 et 4 patients en fin de vie par an. 18,2% ont entre 5 et 9 patients en fin de vie par an, 13,6% n'ont aucun patient en fin de vie. Enfin 2 médecins généralistes (4,5%) ont entre 10 et 14 patients en fin de

vie par an, et 1 seul médecin généraliste a plus de 20 patients en fin de vie par an. Aucun médecin généraliste n'accompagne entre 15 et 19 patients en fin de vie par an.

Figure 2 : Proportion de leurs patients en fin de vie par an



3.1.2 Expériences avec l'HAD

Les 44 médecins généralistes ont déjà eu un patient pris en charge en HAD.

On note une légère prédominance de praticiens qui ont déjà prescrit une HAD avec 24 d'entre eux (54,5%) qui ont répondu positivement, versus 20 praticiens (45,5%) qui n'en ont jamais prescrit.

Une majorité des médecins généralistes n'ont jamais refusé une prise en charge en HAD (38 d'entre eux soit 86,4%), et 6 praticiens (13,6%) ont déjà refusé ce type de prise en charge. En cas de refus de prise en charge, une question semi-ouverte à choix multiples a permis d'investiguer ces refus. Parmi ces 6 médecins généralistes :

- 3 médecins ont refusé car la pathologie du patient ne justifiait une prise en charge en HAD.
- 3 praticiens ont indiqué qu'il n'y avait pas d'indication à une prise en charge en HAD devant les moyens déjà en place au domicile (personnel soignant/tiers présent/prestataire etc.).
- 2 médecins ont estimé que l'état de santé du patient justifiait une hospitalisation conventionnelle plutôt qu'une prise en charge en HAD
- 2 répondants ont refusé car ils n'avaient pas assez de temps disponible pour une prise en charge en HAD
- Un médecin a répondu refuser de principe les prises en charge en HAD
- Aucun médecin généraliste n'a justifié son refus de prise en charge en HAD par le fait de ne pas effectuer de visite à domicile
- Un médecin a également coché la réponse "Autre" permettant de répondre en ouvert : "Equipe infirmière et kinésithérapeute pas d'accord pour l'HAD".

Enfin une dernière question portait sur la connaissance de l'outil d'aide à la prescription ADOP-HAD, 34 médecins généralistes ont répondu ne pas connaître cet outils (soit 77,3%), versus 10 médecins généralistes qui ont répondu connaître l'outils (soit 22,7%).

3.1.3 Freins au recours à l'HAD

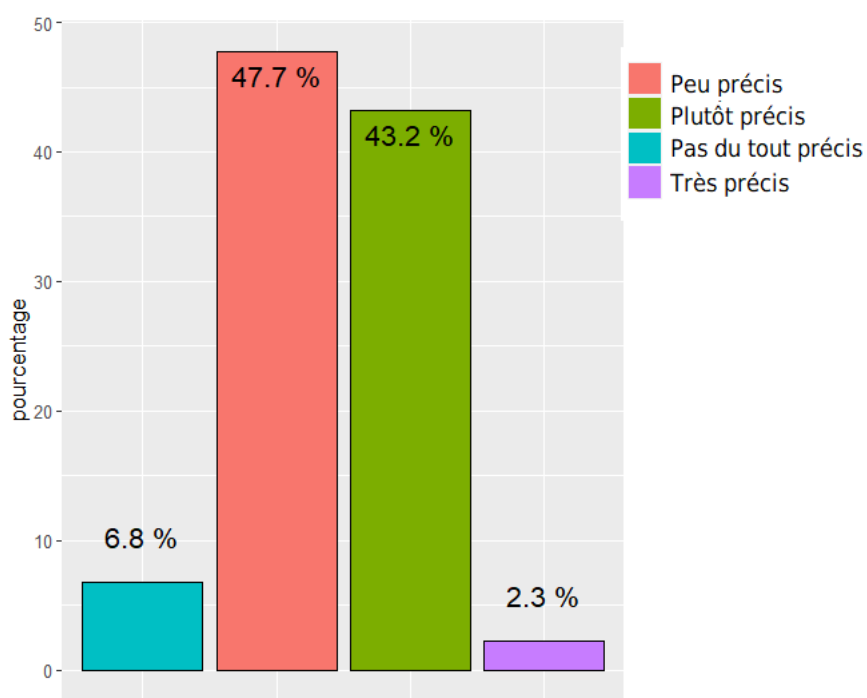
3.1.3.1 Indications et mise en place de l'HAD

Une large majorité des médecins généralistes (91%) pensent que la demande d'HAD par un appel téléphonique est adaptée, tandis que 4 praticiens ont répondu que cette demande téléphonique est inadaptée (soit 9%). Parmi ces 4 médecins généralistes, 3 médecins ont justifié leur réponse dans la question ouverte associée à cette réponse :

- Un répondant a notifié que "La demande d'HAD était générée à chaque fois par l'hôpital en me demandant de la valider a posteriori... Cette procédure ne me convient pas, par téléphone ou pas". Ce même répondant a précédemment indiqué avoir refusé de principe les prises en charge en HAD.
- Un autre répondant a justifié sa réponse en indiquant "En pratique nous ne sommes plus jamais appelés, nous sommes mis devant le fait accompli quand le patient est déjà au domicile ... Du coup, j'aurais bien voulu cocher que j'ai déjà refusé des HAD, au moins pour les quatre premiers motifs de votre question précédente, mais en pratique, on ne nous laisse pas la possibilité de refuser". Ainsi, ce répondant n'a pas coché avoir déjà refusé des prises en charge en HAD avec la justification qu'il a noté dans cette question : selon lui il n'est pas possible en tant que médecin généraliste de refuser une prise en charge en HAD.
- Enfin un dernier médecin généraliste a précisé avoir coché la proposition "Inadaptée" en raison de "Situation complexe qui demande une concertation pluri professionnelle".

Concernant la précision des critères d'admission en HAD, une petite majorité des répondants considèrent ces critères comme peu précis (21 répondants) voire pas du tout précis (3 répondants). Une petite minorité des participants considèrent ces critères comme plutôt précis (19 répondants) voire très précis (1 répondant).

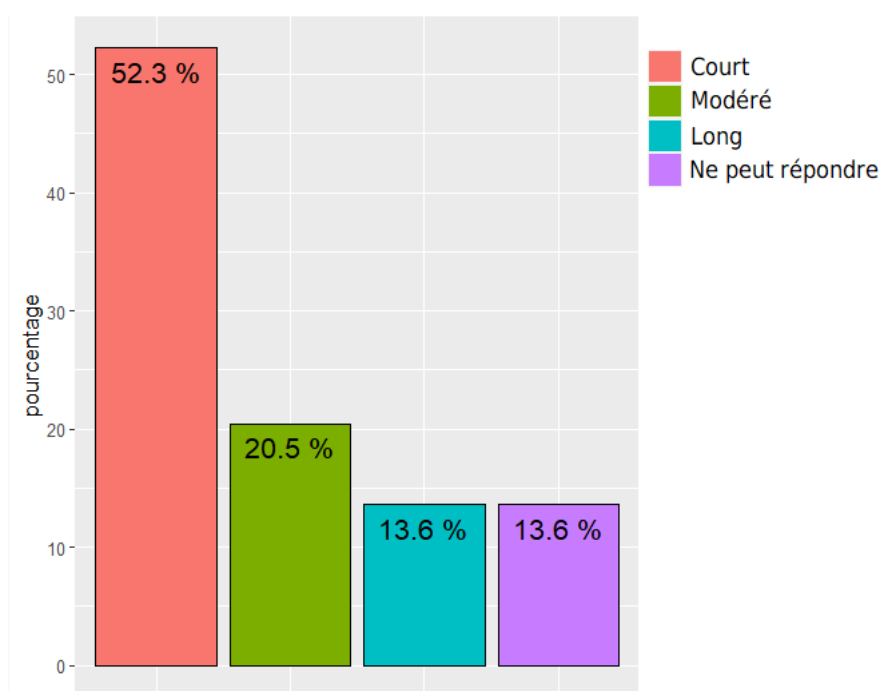
Figure 3 : Précision des critères d'admission en HAD



Concernant le délai de mise en place de la structure, pour une grande majorité de praticiens ce délai est inférieur à 7 jours (35 médecins généralistes soit 79,5%), 6 médecins généralistes estiment ce délai entre 7 et 15 jours soit 13,6%. Enfin aucun médecin n'a répondu plus de 15 jours. 3 répondants ont déclaré ne pas pouvoir répondre à cette question.

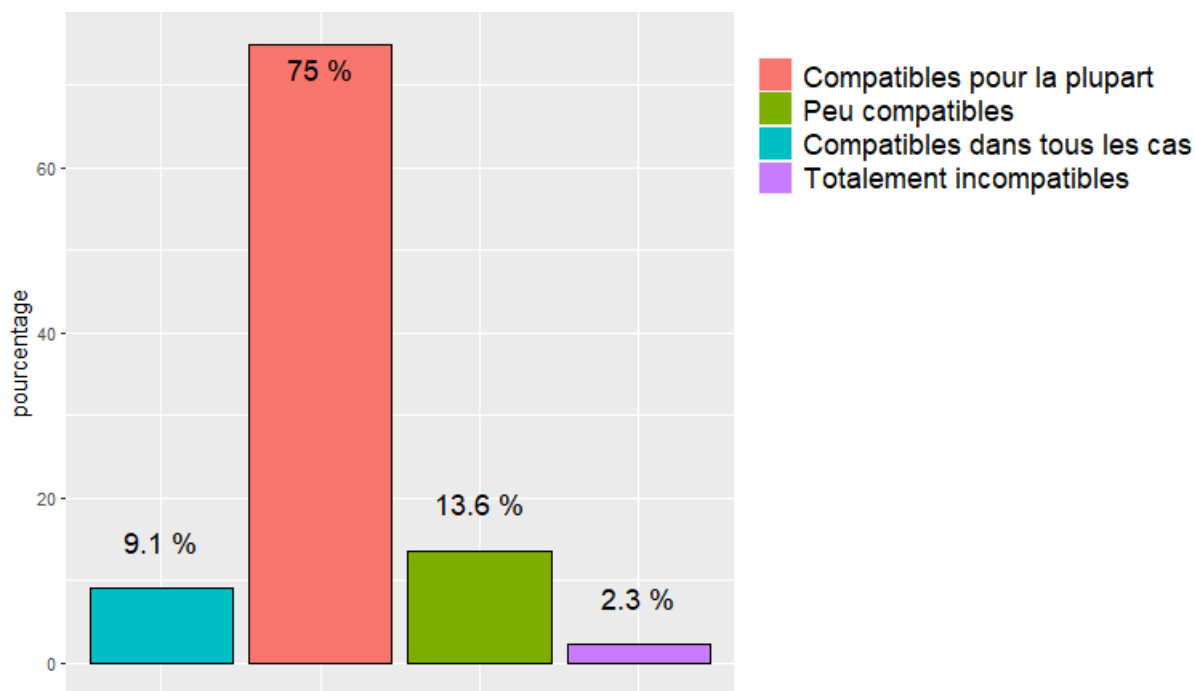
Une majorité des répondants estiment le délai de mise en place court (52,3%), 20,5% considèrent ce délai modéré, et enfin 13,6% estiment ce délai long. 6 médecins généralistes ont indiqué ne pas pouvoir répondre à cette question (soit 13,6%).

Figure 4 : Analyse du délai de mise en place



Concernant les pathologies prises en charge en HAD, une grande majorité des répondants estiment que la plupart des pathologies sont compatibles avec la médecine de ville (33 médecins répondants soit 75%). 4 médecins généralistes ont répondu qu'elles sont compatibles dans tous les cas. Une minorité des praticiens estiment que ces pathologies ne sont pas compatibles avec la médecine de ville, avec 6 médecins qui ont répondu peu compatibles (13,6%) et un médecin qui a répondu totalement incompatibles avec la médecine de ville.

Figure 5 : Analyse de la compatibilité des pathologies prises en charge par rapport à la médecine de ville



Pour les médecins ayant répondu peu ou totalement incompatibles, une question ouverte subsidiaire était proposée pour justifier leur réponse, avec 6 médecins sur 7 qui ont répondu :

- Trois médecins généralistes s'accordent avec l'emploi de l'adjectif lourd : une « gestion lourde », des « traitements lourds et en général techniques, du ressort de la médecine spécialisée » et « les hospitalisations sont de plus en plus lourdes avec des patients polypathologiques ».
- Un médecin généraliste souligne des « prises en charge à améliorer dans les situations gériatriques ».

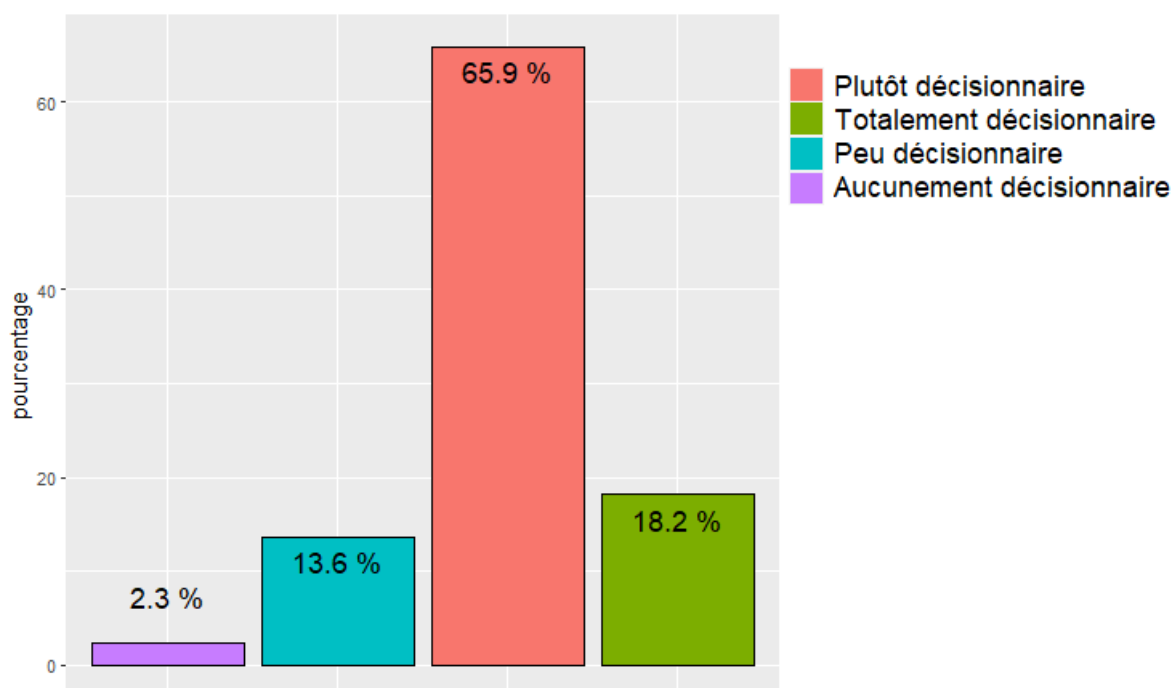
Deux propositions n'ont pas de lien direct avec la question sur la compatibilité des pathologies en HAD avec la médecine de ville :

- « Manque de moyen sans HAD »
- « Appel quotidien de l'équipe pour valider à chaque fois, un peu pénible »

3.1.3.2 Suivi du patient en HAD

Une majorité des répondants se considèrent décisionnaire de la prise en charge d'un patient en HAD, avec 65,9% qui ont répondu plutôt décisionnaire et 18,2% qui ont répondu totalement décisionnaire. Une minorité des participants s'estiment ne pas être décisionnaire de la prise en charge avec 13,6% qui ont répondu peu décisionnaire et un médecin généraliste qui a répondu aucunement décisionnaire (2,3%).

Figure 6 : Analyse du rôle décisionnaire du médecin traitant



Une question ouverte optionnelle était proposée pour les médecins ayant répondu peu ou aucunement décisionnaire. Sur les 7 médecins généralistes concernés, 5 ont justifié leur réponse :

- Le seul médecin qui a estimé être aucunement décisionnaire d'une prise en charge en HAD explique que « si on me demande de valider a posteriori une HAD déjà en place, c'est que je ne décide pas. »

- Un autre médecin généraliste stipule « En général les patients sortent d'hospitalisation sans que mon avis ne soit demandé ».
- Deux autres médecins ont des justifications qui se rejoignent : « La plupart des HAD que j'ai eu ces derniers temps sont des post-op cardio dont le suivi est généralement programmé par le CHU » et « Traitement préétabli par le service hospitalier ».
- Un autre médecin est volontairement peu décisionnaire : « Je n'ai pas trop l'habitude des traitements de fin de vie, je préfère que ce soit l'HAD qui s'en occupe ».

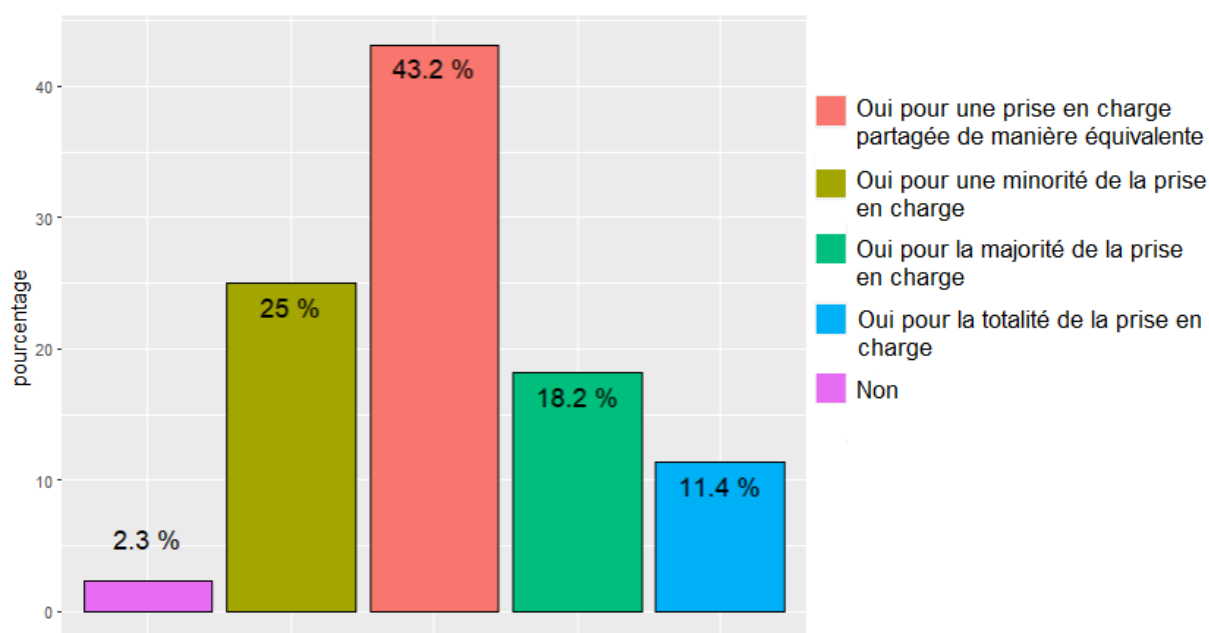
Une question recueillait l'opinion des médecins généralistes sur l'évolution de la fonction de médecin coordonnateur vers médecin praticien d'HAD, notamment sur le fait qu'en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou si l'urgence de la situation le justifie, le médecin praticien d'HAD peut assurer la continuité des soins. 100% des répondants sont favorables à cette évolution.

Concernant la prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD, la plus grande proportion des médecins généralistes est favorable à une prise en charge partagée avec :

- 43,2% qui sont favorables à un partage de prise en charge partagée de manière équivalente
- 25% sont pour un partage avec une minorité de la prise en charge assurée par le médecin praticien d'HAD
- 18,2% sont pour qu'une majorité de la prise en charge soit gérée par le médecin praticien d'HAD
- 11,3% souhaitent que la totalité de la prise en charge soit assurée par le médecin praticien d'HAD

1 médecin généraliste n'est pas d'accord avec une prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD.

Figure 7 : Prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD



Une grande majorité des médecins généralistes (72,7%) ont répondu que l'astreinte médicale les nuits, les week-ends et les jours fériés mise en place à l'Aural HAD peut faciliter leur recours à l'HAD. Une minorité (11,4%) ont indiqué que cette astreinte ne facilite pas leur recours à l'HAD. 15,9% ont déclaré ne pas pouvoir répondre à cette question.

3.1.3.3 Visites à domicile et prescriptions médicales

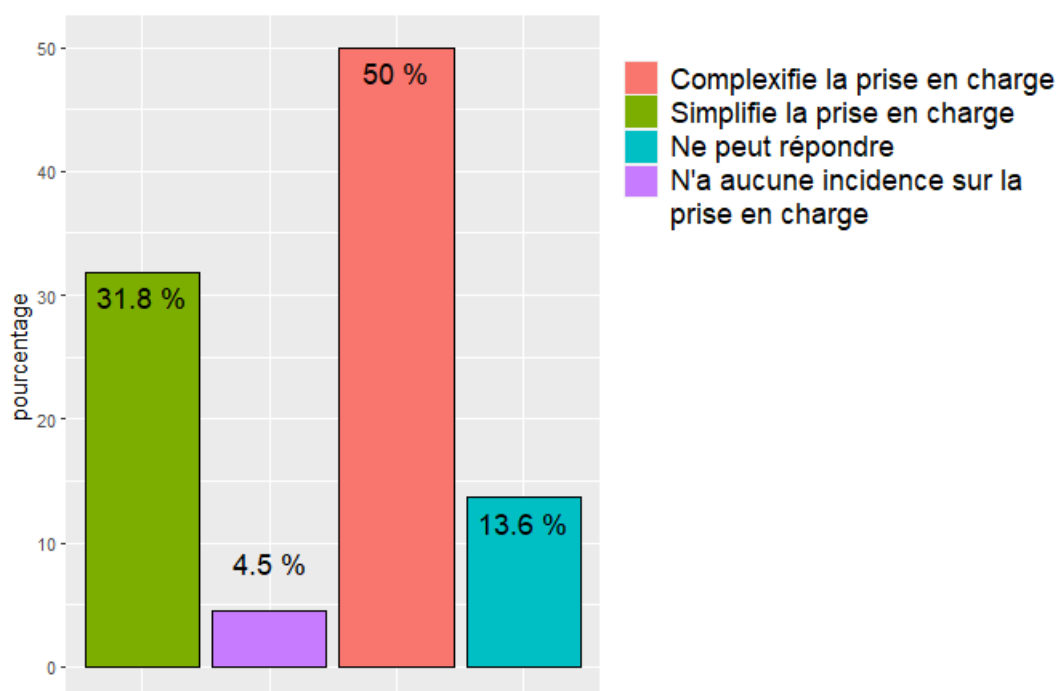
Une large majorité des médecins généralistes (84,1%) estiment que les visites à domicile des patients en HAD sont plus longues que les visites à domicile classiques. 5 répondants (11,4%) jugent ce temps de visite équivalent, et 2 médecins généralistes (4,5%) estiment ce temps de visite plus court.

Concernant la responsabilité induite par les visites à domicile de patients en HAD, 32 médecins généralistes (72,7%) estiment qu'elle est équivalente à celle d'une visite à domicile classique. 11 répondants (25%) estiment que la responsabilité engagée est plus importante, et 1 médecin généraliste (2,3%) a indiqué ne pas pouvoir répondre à cette question. Aucun praticien estime avoir une moindre responsabilité.

Sur les 44 médecins généralistes, 23 médecins (52,3%) utilisent la tablette informatique au domicile pour consulter le DPI, versus 19 médecins (43,2%) qui ne l'utilisent pas. 2 médecins (4,5%) ont indiqué ne pas pouvoir répondre à cette question.

La moitié des répondants considère que cette tablette informatique au domicile complexifie la prise en charge (50%). La minorité (31,8%) pense que cette tablette simplifie la prise en charge, et 4,5% des médecins généralistes ont indiqué que cette tablette n'a aucune incidence sur la prise en charge. 6 médecins (13,6%) ont indiqué ne pas pouvoir répondre à cette question.

Figure 8 : Incidence de la tablette informatique en visite au domicile



Concernant le temps consacré au patient en HAD en dehors de sa visite :

- Au niveau administratif, la majorité des médecins généralistes trouve que ce temps est plus long que le temps consacré à un patient qui n'est pas en HAD (54,5%). 36,4% des praticiens pensent que ce temps est équivalent à celui d'un patient hors HAD, et une

minorité (4,5%) trouve ce temps plus court. 4,5% des médecins ont déclaré ne pas pouvoir répondre à cette question.

- Au niveau de la consultation des bilans paracliniques, la majorité des médecins généralistes trouve que ce temps est équivalent à celui consacré à un patient qui n'est pas en HAD (54,5%). 40,9% des répondants pensent que ce temps est plus long, et 4,5% trouvent ce temps plus court.

Une question semi-ouverte portait sur les moyens de prescriptions utilisés par les médecins généralistes lors d'une prise en charge en HAD, dont les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Moyens de prescription utilisés par les médecins généralistes

Utilisation de plusieurs moyens de prescriptions	Oui : 19 (43,2%)	Non :25 (56,8%)	Total
Tablette informatique mise en place au domicile en passant par le logiciel MHCare	8	5	13 (29,5%)
Propre support informatisé (ordinateur, tablette, smartphone) en passant par le portail web du logiciel MHCare	12	4	16 (36,3%)
Par mail (ordonnances numériques ou ordonnances papiers numérisées)	17	10	27 (61,3%)
Par fax (ordonnances numériques ou ordonnances papiers numérisées)	4	0	4 (9,1%)
Autres moyens utilisés que ceux énoncés	2	2	4 (9,1%)
Ne peut répondre à cette question	0	4	4 (9,1%)

On note que la plupart des praticiens utilisent un seul support de prescription (56,8%).

Une majorité des médecins généralistes utilise l'envoi d'ordonnances par mail à l'Aural HAD (61,3%). Le deuxième moyen le plus utilisé est le support personnel du médecin généraliste (ordinateur, tablette, smartphone), en passant par le portail web de MHCare (36,3%). Enfin le troisième moyen est la tablette informatique présente au domicile du patient via le logiciel MHCare (29,5%).

Pour les 4 praticiens qui ont indiqué utiliser un autre moyen que ceux proposés, 3 médecins ont indiqué utiliser des ordonnances papier, avec deux fois la réponse « papier » et une réponse « ordonnances papier laissées au domicile ». Un médecin généraliste a indiqué « Je voudrais bien utiliser la tablette mais les codes arrivent 5 à 6 jours après le retour du patient, et en pratique, la prescription sur tablette ne fonctionne jamais... du coup ça nous oblige même pour des changements minimes à téléphoner à l'Aural, puis à trouver un autre moyen de transmission... un véritable gâchis ».

En ce qui concerne le délai entre la prescription du médicament ou du produit de santé et sa délivrance au domicile, une majorité des médecins généralistes estiment ce délai court (61,4%). 20,5% des répondants trouvent ce délai modéré, et 2,3% estiment ce délai long. 15,9% des médecins généralistes ont indiqué ne pas pouvoir répondre à cette question.

3.1.3.4 Intervenants de l'HAD et intervenants au domicile

Quatre questions successives concernent la communication entre les intervenants ou événements d'une prise en charge assurée par l'Aural HAD et les médecins généralistes, dont les réponses sont présentées dans le tableau ci-dessous :

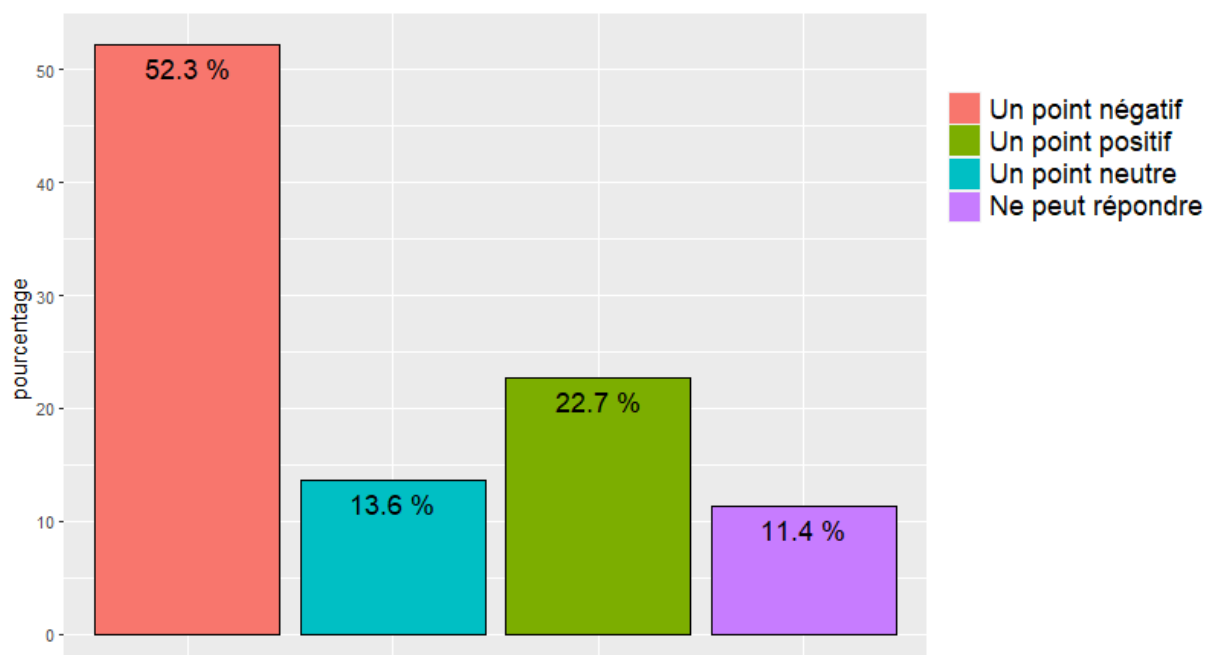
Tableau 3 : Communication entre les intervenants ou événements d'une HAD et les médecins généralistes

Manque de communication ...	Oui	Non	Ne peut répondre
... avec les médecins praticiens d'HAD	14 (31,8%)	25 (56,8%)	5 (11,4%)
... avec l'infirmier/ière coordonnateur/rice de l'HAD	13 (29,5%)	24 (54,5%)	7 (15,9%)
... avec les soignants intervenants au domicile de l'HAD	12 (27,3%)	29 (65,9%)	3 (6,8%)
... sur les événements intercurrents de la prise en charge	12 (27,3%)	23 (52,3%)	9 (20,5%)

On constate que plus de 50% des médecins généralistes estiment qu'il n'y a pas de problème de communication avec les différents intervenants ou les événements intercurrents d'une prise en charge.

La question suivante portait sur un frein fréquemment rapporté par les médecins, à savoir l'équipe paramédicale habituelle du patient qui refuse de poursuivre les soins une fois le patient en HAD. On a demandé l'avis des médecins généralistes sur le fait de mettre en place une nouvelle équipe paramédicale dans ce contexte : la majorité considère cela comme un point négatif (52,3%). Une petite proportion des répondants estime que c'est un point positif (22,7%), et 13,6% sont neutres à ce sujet. 11,4% des médecins généralistes ont déclaré ne pas pouvoir répondre à cette question.

Figure 9 : Mise en place d'une nouvelle équipe paramédicale en cas de refus par l'équipe soignante habituelle



3.1.4 Solution(s) pouvant faciliter le recours à l'HAD par les médecins généralistes

La dernière partie du questionnaire portait sur les solutions envisageables pour renforcer le recours à l'HAD par les médecins généralistes, avec diverses propositions présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Propositions de solutions pouvant faciliter le recours à l'HAD

Propositions	Oui	Non	Ne peut répondre
Elaboration systématique du projet thérapeutique conjointement avec le médecin traitant	35 (79,5%)	5 (11,4%)	4 (9,1%)
Faciliter l'hospitalisation conventionnelle des patients en HAD en cas d'événement intercurrent la justifiant	38 (86,4%)	0	6 (13,6%)
Créer un circuit spécifique aux urgences pour les patients en HAD	33 (75%)	4 (9,1%)	7 (15,9%)
Mise en place de points téléphoniques réguliers entre le médecin praticien d'HAD et le médecin traitant	24 (54,5%)	9 (20,5%)	11 (25%)
Simplification de la plateforme de dossier patient informatisé MHCare	26 (59,1%)	2 (4,5%)	16 (36,4%)
Emploi de technologies modernes pour réaliser des actes de télémedecine (téléconsultation, télésurveillance, télé-expertise) dans le suivi des patients en HAD	22 (50%)	13 (29,5%)	9 (20,5%)
Instauration d'une indemnité financière fixe par patient en HAD	21 (47,7%)	14 (31,8%)	9 (20,5%)
Instauration d'une cotation spécifique applicable à chaque visite du patient en HAD	35 (79,5%)	3 (6,8%)	6 (13,6%)
Instauration d'une cotation spécifique pour les infirmiers/ières s'occupant du patient en HAD	37 (84,1%)	0	7 (15,9%)

On observe que les médecins sont en accord avec une grande partie des solutions proposées, avec au moins 50% de réponses positives pour toutes les propositions excepté la proposition d'une indemnité financière fixe par patient en HAD, qui s'approche des 50% avec 47,7% de réponses positives.

Les suggestions de faciliter l'hospitalisation conventionnelle des patients en HAD et d'instaurer une cotation spécifique pour les infirmiers/ières en charge du patient en HAD sont celles ayant recueillies le plus d'avis favorables avec un taux de réponses positives proche de 85%. Une grande majorité des médecins généralistes est également pour l'élaboration systématique du projet thérapeutique avec le médecin traitant et pour l'instauration d'une cotation spécifique applicable à chaque visite du patient en HAD, avec un taux de réponses positives proche de 80%.

3 médecins ont proposé d'autres solutions via la proposition ouverte :

- Un médecin ajoute comme solution de « faire recourir la pharmacie de proximité et non l'hôpital », en ajoutant que « c'est une aberration absolue de faire venir des thérapeutiques à des kilomètres, incompatibles avec l'écologie en plus ! »
- Un deuxième praticien propose « une meilleure intégration à nos supports informatiques ».
- Enfin un médecin généraliste suggère de « favoriser le maintien de l'équipe IDE en place avant l'HAD pour un patient donné ».

3.1.5 Suggestions libres sur le questionnaire

Enfin 11 médecins ont terminé le questionnaire par une remarque ou une suggestion sur les freins au recours à l'HAD par les médecins généralistes.

Plusieurs médecins généralistes évoquent leur difficulté avec le matériel utilisé en HAD, en particulier informatique :

- « Une tablette qui soit réellement utilisable, plus simple, serait une bonne chose. Elle génère énormément de perte de temps, ingérable dans le contexte actuel de surcharge de travail pour tous les soignants ».

- « Tablette informatique insupportable, ergonomie bien trop perfectible. Tant qu'un médecin passera 30 min à faire une prescription ça ne marchera jamais, idem pour la gestion des codes identifiants etc. Je suis jeune et plutôt bon en informatique, la tablette HAD c'est une poubelle ! et j'y ai eu recours plus d'une fois ... je ne dis pas ça en l'air ».
- « La limite principale de l'HAD aujourd'hui reste le support informatique : archaïque, peu ergonomique, ne permettant pas une interopérabilité avec nos propres logiciels métier. Les visites pour mes patients en HAD sont doublement chronophages (en raison de la lourdeur du logiciel métier) avec (en tout cas en ce qui concerne les sorties d'hospitalisation en cardiologie) aucune plus-value par rapport à un retour à domicile sans HAD. Cet aspect chronophage est assurément un frein important pour moi au recours de l'HAD aujourd'hui. »
- « La tablette mise en place à domicile ne m'a pas été expliquée. Dans ces conditions, il est difficile de l'utiliser et cela m'oblige à remplir les éléments sur la tablette et dans mon dossier médical ce qui augmente le temps administratif. »

Quelques médecins soulignent le fait de ne pas être avertis, eux-mêmes ou les intervenants au domicile, en amont de la prise en charge en HAD :

- « La plupart du temps, en sortie d'hospitalisation, on ne nous demande rien, on va en visite et on découvre que le patient est en HAD ... Gros point négatif puisque non discuté au préalable avec nous. »
- « Le jour J, prise en charge avec les intervenants, dans le cas précis kiné pas prévu alors que téléphoniquement prévu avec le médecin de l'HAD. En conclusion : les intervenants ne sont pas avertis par l'HAD et cela est récurrent. »

- « J’ai arrêté la prise en charge en HAD car l’équipe paramédicale appelait tous les jours pour valider la moindre décision. J’apprécie très peu de recevoir un courrier me demandant de valider a posteriori l’HAD et d’accepter de me plier à son mode de fonctionnement. Pour moi, les médecins HAD devraient être salariés, faire les visites et assurer le traitement médical en accord avec le médecin traitant si celui-ci se désiste. »

D'autres praticiens pointent les difficultés rencontrées, en lien avec le système hospitalier conventionnel et avec la charge de travail induite par une prise en charge en HAD :

- « Chronophage, matériel non fonctionnel, dépersonnalisation des soins, parce qu’on passe plus de temps à se battre avec le matériel qu’à être au chevet de notre patient. Et comme le mentionne très bien vos dernières questions, on nous laisse complètement démunis quand il y a des complications, refus des services de reprendre le patient, impossibilité d’avoir une filière pour leur éviter des heures d’attente sur des brancards aux urgences, ou en post cardio, ce qui est très fréquent actuellement. A nous de nous battre pour trouver un cardio en ville pour revoir le patient en cas d’urgence, d’organiser le transport etc., quant aux IDE, pas étonnant qu’elles ne soient pas ravies, puisqu’elles disent toutes qu’elles y perdent de l’argent quand le patient est en HAD, et si elles poursuivent les soins, c’est uniquement pour ne pas laisser tomber des patients et leurs familles qu’elles suivent déjà souvent depuis longtemps, pas parce qu’elles cautionnent le système. »
- « J’observe une dérive du recours à l’HAD par les services d’hospitalisation pour « luxer » les patients à domicile alors qu’ils ne sont pas voire pas du tout stabilisés (multiples soins en cours, bilan non terminé, pathologies complexes ...) or notre système de santé « en ville » est déjà vacillant ... à trop charger la mule, elle

s'écroule. Je ne pense pas que l'HAD soit un recours efficace pour pallier aux défauts des services d'hospitalisation ! »

- « Gros travail, nécessité de la participation de la famille pour ouvrir la porte, grosse responsabilité et passage quasi quotidien pour patient âgé en fin de vie, possible si la famille est aidante si on peut se garer facilement. Peut-être une belle expérience si tout le monde se parle et s'entend. Gros travail de liaison pour le généraliste (si plaie par exemple) ou douleur ou passage soins palliatifs en plus ».

Enfin un dernier médecin généraliste note : « Pour ma part, il n'y a pas de frein. C'est juste que je n'en ai pas l'utilité actuellement. »

3.2 Analyses statistiques univariables des données

L'analyse statistique univariante a pour objectif d'analyser une relation entre deux variables. Nous avons réalisé plusieurs analyses univariantes entre des variables liées aux caractéristiques des médecins généralistes et les différents freins recensés, ainsi que plusieurs analyses univariantes entre des variables liées aux expériences des médecins généralistes avec l'HAD et les différents freins recensés.

Les variables qui ne permettaient pas d'avoir une bonne répartition des données, c'est-à-dire toute variable avec une répartition d'effectif supérieure à 80% (soit plus de 35 répondants) dans une des modalités de la variable, n'ont pas été étudiées par ces analyses de croisement de variable.

Concernant les freins, certaines modalités de variable ont été regroupées afin de ne pas avoir d'effectifs théoriques inférieurs à 5 :

- Pour la variable « critères d'admission » : nous avons regroupé les deux catégories « pas du tout précis » et « peu précis » en une catégorie « imprécis », et les deux catégories « plutôt précis » et « très précis » en une catégorie « précis ».
- Pour la variable « compatibilité des pathologies avec la médecine de ville » : nous avons regroupé les deux catégories « totalement incompatibles » et « peu compatibles » en une catégorie « incompatibles », et les deux catégories « compatibles pour la plupart » et « compatibles dans tous les cas » en une catégorie « compatibles ».
- Pour la variable « décisionnaire de la prise en charge » : nous avons regroupé les deux catégories « aucunement décisionnaire » et « peu décisionnaire » en une catégorie « non décisionnaire », et les deux catégories « plutôt décisionnaire » et « totalement décisionnaire » en une catégorie « décisionnaire ».
- Pour la variable « prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD » : nous avons regroupé les deux catégories « non » et « oui pour une minorité de la prise en charge » en une catégorie « non ou minorité », et les deux catégories « oui pour la majorité de la prise en charge » et « oui pour la totalité de la prise en charge » en une catégorie « majorité ou plus ». La catégorie « oui pour une prise en charge partagée de manière équivalente » a été gardée telle quelle.

3.2.1 Analyse statistique entre les caractéristiques des médecins généralistes et les freins recensés

3.2.1.1 Lien entre l'âge et les freins recensés à l'HAD

Pour la variable « âge », afin d'éviter d'avoir des effectifs théoriques inférieurs à 5 : nous avons regroupé les trois catégories « entre 20 et 29 ans », « entre 30 et 39 ans » et « entre 40 et 49 ans » en une catégorie « moins de 50 ans », et les trois catégories « entre 50 et 59 ans », « entre 60 et 69 ans » et « plus de 70 ans » en une catégorie « 50 ans ou plus ».

Nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative entre l'âge et les différents freins interrogés. L'hypothèse nulle H_0 "les deux variables sont indépendantes" émise lors de la réalisation du test statistique (Chi2 ou Fisher en fonction de l'effectif) ne peut être rejetée. Ainsi nous concluons au risque de 5 % que ces freins sont indépendants de l'âge ($p \text{ value} > 0,05$). Ces résultats sont à interpréter avec prudence devant les faibles effectifs des catégories étudiées.

Les effectifs sont représentés dans la tableau ci-dessous (tableau 5) :

Tableau 5 : Croisement de l'âge en fonction des freins recensés à l'HAD

	Age		P value	Test utilisé
	Moins de 50 ans n = 22 (50%)	50 ans ou plus n = 22 (50%)		
Critères d'admission			0,07	Chi2
Imprécis	15 (68,2%)	9 (40,9%)		
Précis	7 (31,8%)	13 (59,1%)		
Délai d'admission			0,26	Fisher
Court	9 (40,9%)	14 (63,6%)		
Modéré	7 (31,8%)	2 (9,1%)		

Long	3 (13,6%)	3 (13,6%)		
Ne peut répondre	3 (13,6%)	3 (13,6%)		
Compatibilité des pathologies avec la médecine de ville			1,00	Fisher
Compatibles	19 (86,4%)	18 (81,8%)		
Incompatibles	3 (13,6%)	4 (18,2%)		
Décisionnaire de la prise en charge			0,41	Fisher
Décisionnaire	20 (90,9%)	17 (77,2%)		
Non décisionnaire	2 (9,1%)	5 (22,8%)		
Prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD			0,56	Chi2
Non ou minorité	6 (27,3%)	6 (27,3%)		
Oui de manière équivalente	11 (50%)	8 (36,3%)		
Majorité ou plus	5 (22,7%)	8 (36,3%)		
Utilisation tablette informatique			0,49	Fisher
Simplifie la prise en charge	8 (36,3%)	6 (27,3%)		
Aucune incidence	2 (9,1%)	0		
Complexifie la prise en charge	10 (45,5%)	12 (54,5%)		
Ne peut répondre	2 (9,1%)	4 (18,2%)		
Temps administratif			0,33	Fisher
Plus court	0	2 (9,1%)		
Equivalent	9 (40,9%)	7 (31,8%)		
Plus long	13 (59,1%)	11 (50%)		
Ne peut répondre	0	2 (9,1%)		

Temps de consultation des bilans paraclinique		0,55	Fisher
Plus court	0	2 (9,1%)	
Equivalent	13 (59,1%)	11 (50%)	
Plus long	9 (40,9%)	9(40,9%)	

3.2.1.2 Lien entre le sexe et les freins recensés à l'HAD

Nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre le sexe et les différents freins interrogés. L'hypothèse nulle H_0 "les deux variables sont indépendantes" émise lors de la réalisation du test statistique (Chi2 ou Fisher en fonction de l'effectif) ne peut être rejetée. Ainsi nous concluons au risque de 5 % que ces freins sont indépendants du sexe (p value > 0,05). Ces résultats sont à interpréter avec prudence devant les faibles effectifs des catégories étudiées.

Les effectifs sont représentés dans le tableau ci-dessous (tableau 6) :

Tableau 6 : Croisement du sexe en fonction des freins recensés à l'HAD

	Sexe		P value	Test utilisé
	Féminin n = 25 (56,8%)	Masculin n = 19 (43,2%)		
Critères d'admission			0,82	Chi2
Imprécis	14 (56%)	10 (52,6%)		
Précis	11 (44%)	9 (47,4%)		
Délai d'admission			0,46	Fisher
Court	11 (44%)	12 (63,2%)		
Modéré	7 (28%)	2 (10,5%)		

Long	4 (16%)	2 (10,5%)		
Ne peut répondre	3 (12%)	3 (15,8%)		
Compatibilité des pathologies avec la médecine de ville			0,21	Fisher
Compatibles	23 (92%)	14 (73,7%)		
Incompatibles	2 (8%)	5 (26,3%)		
Décisionnaire de la prise en charge			0,21	Fisher
Décisionnaire	23 (92%)	14 (73,7%)		
Non décisionnaire	2 (8%)	5 (26,3%)		
Prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD			0,72	Chi2
Non ou minorité	8 (32%)	4 (21%)		
Oui de manière équivalente	10 (40%)	9 (47,4%)		
Majorité ou plus	7 (28%)	6 (31,6%)		
Utilisation tablette informatique			0,62	Fisher
Simplifie la prise en charge	9 (36%)	5 (26,3%)		
Aucune incidence	2 (8%)	0		
Complexifie la prise en charge	11 (44%)	11 (57,9%)		
Ne peut répondre	3 (12%)	3 (15,8%)		
Temps administratif			0,65	Fisher
Plus court	1 (4%)	1 (31,6%)		
Equivalent	10 (40%)	6 (5,2%)		
Plus long	12 (48%)	12 (63,2%)		
Ne peut répondre	2 (8%)	0		

Temps de consultation des bilans paraclinique		0,40	Fisher
Plus court	1 (4%)	1 (5,3%)	
Equivalent	16 (64%)	8 (42,1%)	
Plus long	8 (32%)	10 (52,6%)	

3.2.1.3 Lien entre la proportion de patients en fin de vie et les freins recensés à l'HAD

Pour la variable « proportion de patients en fin de vie » : nous avons regroupé les deux catégories « aucun » et « entre 1 et 4 » en une catégorie « 4 ou moins », et les trois catégories « entre 5 et 9 », « entre 10 et 14 » et « 20 ou plus » en une catégorie « 5 ou plus ». Pour rappel aucun médecin n'a répondu « entre 15 et 19 ».

Nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative entre la proportion de patients en fin de vie et les différents freins interrogés. L'hypothèse nulle H_0 "les deux variables sont indépendantes" émise lors de la réalisation du test statistique (Chi2 ou Fisher en fonction de l'effectif) ne peut être rejetée. Ainsi nous concluons au risque de 5 % que ces freins sont indépendants de la proportion de patients en fin de vie ($p \text{ value} > 0,05$). Ces résultats sont à interpréter avec prudence devant les faibles effectifs des catégories étudiées.

Les effectifs sont représentés dans le tableau ci-dessous (tableau 7) :

Tableau 7 : Croisement de la proportion de patients en fin de vie en fonction des freins recensés à l'HAD

	Proportion de patients en fin de vie		P value	Test utilisé
	4 ou moins n = 33 (75%)	5 ou plus N = 11 (25%)		
Critères d'admission			0,29	Fisher
Imprécis	16 (48,5%)	8 (72,7%)		
Précis	17 (51,5%)	3 (27,3%)		
Délai d'admission			0,61	Fisher
Court	18 (54,6%)	5 (45,5%)		
Modéré	5 (15,1%)	4 (36,3%)		
Long	5 (15,1%)	1 (9,1%)		
Ne peut répondre	5 (15,1%)	1 (9,1%)		
Compatibilité des pathologies avec la médecine de ville			0,34	Fisher
Compatibles	29 (88,9%)	8 (72,7%)		
Incompatibles	4 (12,1%)	3 (27,3%)		
Décisionnaire de la prise en charge			0,66	Fisher
Décisionnaire	27 (81,8%)	10 (90,9%)		
Non décisionnaire	6 (18,2%)	1 (9,1%)		
Prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD			0,90	Fisher
Non ou minorité	9 (27,3%)	3 (27,3%)		
Oui de manière équivalente	15 (45,4%)	4 (36,3%)		
Majorité ou plus	9 (27,3%)	4 (36,3%)		

Utilisation tablette informatique			0,89	Fisher
Simplifie la prise en charge	10 (30,3%)	4 (36,4%)		
Aucune incidence	2 (6,1%)	0		
Complexifie la prise en charge	17 (51,5%)	5 (45,4%)		
Ne peut répondre	4 (12,1%)	2 (18,2%)		
Temps administratif			0,13	Fisher
Plus court	1 (3%)	1 (9,1%)		
Equivalent	10 (30,3%)	6 (54,5%)		
Plus long	21 (63,6%)	3 (27,3%)		
Ne peut répondre	1 (3%)	1 (9,1%)		
Temps de consultation des bilans paraclinique			0,10	Fisher
Plus court	0	2 (18,2%)		
Equivalent	19 (57,6%)	5 (45,5%)		
Plus long	14 (42,4%)	4 (36,3%)		

3.2.2 Analyse statistique entre les expériences avec l'HAD et les freins recensés

3.2.2.1 Lien entre le fait d'avoir déjà prescrit une HAD et les freins recensés à l'HAD

Nous avons retrouvé une association statistiquement significative entre le fait d'avoir déjà prescrit une HAD et le délai d'admission en HAD. Nous rejetons l'hypothèse nulle H0 "avoir déjà prescrit une HAD n'a pas d'effet sur le délai d'admission" émise lors de la réalisation du test statistique de Fisher (car l'effectif théorique est ici inférieur à 5). Ainsi nous concluons que le fait d'avoir déjà prescrit une HAD est associé au délai d'admission ressenti par les médecins généralistes (p value = 0,03). Nous pouvons donc supposer qu'avoir déjà

prescrit une HAD peut avoir une influence sur le délai d'admission ressenti par les médecins généralistes.

De même, nous avons retrouvé un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir déjà prescrit une HAD et le temps administratif consacré à une prise en charge HAD. Nous rejetons l'hypothèse nulle H_0 "avoir déjà prescrit une HAD n'a pas d'influence sur le temps administratif consacré à une prise en charge en HAD" émise lors de la réalisation du test statistique de Fisher (car l'effectif théorique est ici inférieur à 5). Ainsi nous concluons que le fait d'avoir déjà prescrit une HAD est associé au temps administratif consacré à une prise en charge HAD (p value = 0,03). Nous pouvons donc supposer qu'avoir déjà prescrit une HAD peut avoir un effet sur le temps administratif consacré à une prise en charge HAD.

En ce qui concerne les autres freins recensés, nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif avec le fait d'avoir déjà prescrit une HAD. Ainsi pour ces autres freins nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle H_0 "les deux variables sont indépendantes". Nous pouvons conclure au risque de 5 % que ces autres freins sont indépendants du fait d'avoir déjà prescrit une HAD (p value > 0,05). Ces résultats sont à interpréter avec prudence devant les faibles effectifs des catégories étudiées.

Les effectifs sont représentés dans le tableau ci-dessous (tableau 8) :

Tableau 8 : Croisement du fait d'avoir déjà prescrit une HAD en fonction des freins recensés à l'HAD

	Avoir déjà prescrit une HAD		P value	Test utilisé
	Non n = 20 (45,5%)	Oui n = 24 (54,5%)		
Critères d'admission			0,06	Chi2
Imprécis	14 (70%)	10 (41,7%)		
Précis	6 (30%)	14 (58,3%)		
Délai d'admission			0,03	Fisher
Court	8 (40%)	15 (62,5%)		
Modéré	4 (20%)	5 (20,8%)		
Long	2 (10%)	4 (16,7%)		
Ne peut répondre	6 (30%)	0		
Compatibilité des pathologies avec la médecine de ville			1,00	Fisher
Compatibles	17 (85%)	20 (83,3%)		
Incompatibles	3 (15%)	4 (16,7%)		
Décisionnaire de la prise en charge			0,22	Fisher
Décisionnaire	15 (75%)	22 (91,7%)		
Non décisionnaire	5 (25%)	2 (8,3%)		
Prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD			0,30	Chi2
Non ou minorité	5 (25%)	7 (29,2%)		
Oui de manière équivalente	11 (55%)	8 (33,3%)		
Majorité ou plus	4 (20%)	9 (37,5%)		

Utilisation tablette informatique			0,32	Fisher
Simplifie la prise en charge	5 (25%)	9 (37,5%)		
Aucune incidence	0	2 (8,3%)		
Complexifie la prise en charge	13 (65%)	9 (37,5%)		
Ne peut répondre	2 (10%)	4 (16,7%)		
Temps administratif			0,03	Fisher
Plus court	1 (5%)	1 (4,2%)		
Equivalent	4 (20%)	12 (50%)		
Plus long	15 (75%)	9 (37,5%)		
Ne peut répondre	0	2 (8,3%)		
Temps de consultation des bilans paraclinique			0,67	Fisher
Plus court	0	2 (8,3)		
Equivalent	11 (55%)	13 (54,2%)		
Plus long	9 (45%)	9 (37,5%)		

3.2.2.2 Lien entre le fait de connaître ADOP-HAD et les freins recensés à l'HAD

Nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre le fait de connaître ADOP-HAD et les différents freins interrogés. L'hypothèse nulle H0 "les deux variables sont indépendantes" émise lors de la réalisation du test statistique (Chi2 ou Fisher en fonction de l'effectif) ne peut être rejetée. Ainsi nous concluons au risque de 5 % que ces freins sont indépendants du fait de connaître ADOP-HAD (p value > 0,05). Ces résultats sont à interpréter avec prudence devant les faibles effectifs des catégories étudiées.

Les effectifs sont représentés dans le tableau ci-dessous (tableau 9) :

Tableau 9 : Croisement du fait de connaître ADOP-HAD en fonction des freins recensés à l'HAD

	Connaître ADOP-HAD		P value	Test utilisé
	Non n = 34 (77,3%)	Oui n = 10 (22,7%)		
Critères d'admission			0,73	Fisher
Imprécis	18 (52,9%)	6 (60%)		
Précis	16 (47,1)	4 (40%)		
Délai d'admission			0,29	Fisher
Court	18 (52,9%)	5 (50%)		
Modéré	7 (20,6%)	2 (20%)		
Long	3 (8,8%)	3 (30%)		
Ne peut répondre	6 (17,7%)	0		
Compatibilité des pathologies avec la médecine de ville			0,65	Fisher
Compatibles	29 (85,3%)	8 (80%)		
Incompatibles	5 (14,7%)	2 (20%)		
Décisionnaire de la prise en charge			0,32	Fisher
Décisionnaire	30 (88,2%)	7 (70%)		
Non décisionnaire	4 (11,8%)	3 (30%)		
Prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD			0,48	Fisher
Non ou minorité	8 (23,5%)	4 (40%)		
Oui de manière équivalente	16 (29,4%)	3 (30%)		
Majorité ou plus	10 (47,1%)	3 (30%)		

Utilisation tablette informatique			0,45	Fisher
Simplifie la prise en charge	11 (32,4%)	3 (30%)		
Aucune incidence	2 (5,9%)	0		
Complexifie la prise en charge	15 (44,1%)	7 (70%)		
Ne peut répondre	6 (17,6%)	0		
Temps administratif			0,75	Fisher
Plus court	2 (5,9%)	0		
Equivalent	12 (35,3%)	4 (40%)		
Plus long	19 (55,9%)	5 (50%)		
Ne peut répondre	1 (2,9%)	1 (10%)		
Temps de consultation des bilans paraclinique			0,47	Fisher
Plus court	1 (2,9%)	1 (10%)		
Equivalent	18 (52,9%)	6 (60%)		
Plus long	15 (44,1%)	3 (30%)		

4. DISCUSSION

4.1. Concernant les résultats

4.1.1 Les principaux freins des médecins généralistes au recours à l'HAD

Notre étude a souligné quatre principaux freins au recours à l'HAD : L'imprécision des critères d'admission en HAD et la méconnaissance de l'outil ADOP-HAD, la tablette informatique, son aspect chronophage et le changement d'équipe paramédicale habituelle si elle refuse de travailler avec le dispositif d'HAD.

L'identification de ces quatre freins implique en pratique :

- L'imprécision des critères d'admission en HAD et la méconnaissance de l'outil ADOP-HAD gênent l'identification des patients éligibles. Les indications peuvent paraître floues entre une admission possible en HAD et une admission en hospitalisation conventionnelle. Cette imprécision et cette méconnaissance entraînent une augmentation des dépenses de santé par une utilisation sous-optimale des ressources disponibles, notamment avec des orientations aux urgences et des hospitalisations conventionnelles évitables.
- La tablette informatique peut complexifier la prise en charge en HAD, que ce soit par défaut d'ergonomie de la tablette ou par l'apprentissage et la manipulation d'un nouveau logiciel (MHCare). Cela requiert un temps supplémentaire qui augmente la quantité de travail du médecin traitant.
- L'aspect chronophage d'une prise en charge en HAD entraîne une surcharge de travail pour les médecins généralistes. Ce surcroît de travail réduit leur temps médical dédié aux autres patients.

- Le changement d'équipe paramédicale habituelle si elle refuse de travailler avec le dispositif d'HAD peut perturber les habitudes de travail du médecin généraliste, l'obligeant à travailler avec une nouvelle équipe paramédicale. Ceci peut amener le médecin traitant à changer ses horaires de visite, modifier ses moyens de communication avec la nouvelle équipe, ce qui peut entraîner un manque de confiance entre soignants mais aussi avec le patient. Cela peut affecter la continuité des soins.

Tous ces freins diminuent le recours à l'HAD par les médecins généralistes, même lorsque c'est cliniquement approprié. L'identification de ces freins permet d'avoir des pistes pour améliorer les modalités de cette prise en charge, et d'en promouvoir une utilisation plus efficace et plus répandue.

4.1.1.1 L'imprécision des critères d'admission en HAD et la méconnaissance de l'outil ADOP-HAD

L'imprécision des critères d'admission en HAD et la méconnaissance de l'outil ADOP-HAD permettant de mieux les appréhender sont partagées par la majorité des répondants. Les critères d'admission en HAD sont considérés comme peu précis voire pas du tout précis. L'outil ADOP-HAD est très majoritairement non connu des médecins généralistes.

Le défaut de précision des critères d'admission limite la prescription d'une HAD par les médecins généralistes. Ce résultat, déjà mis en évidence dans plusieurs écrits de thèse (40) (41) (45), et par la HAS en 2017 avec à l'issue la création de son outil ADOP-HAD (28), montre qu'il existe encore un manque d'information auprès des médecins généralistes sur les critères d'admission en HAD et l'outil ADOP-HAD.

A plus large échelle, comme dans la campagne de sensibilisation menée par la CPAM du Bas Rhin avec un recueil de données auprès de 519 médecins généralistes, 55% déclarent ne pas

prescrire d'HAD et 7% des 132 commentaires de l'étude mentionnent une méconnaissance du dispositif de l'HAD. (42)

Ce résultat va également dans le même sens que le constat transcrit dans la feuille de route de l'HAD 2021-2026, avec comme principal frein au développement de l'HAD un manque d'information des modalités de prise en charge par les prescripteurs, motivant un axe de développement dédié (Axe 1). (3) On retrouve aussi cette volonté dans le PRS 2018-2028 avec quatre objectifs visant à améliorer la connaissance des modalités d'une HAD par les prescripteurs, dont les critères d'admission. (19)

Notre analyse univariante n'a pas mis en évidence de lien statistiquement significatif entre le fait de connaître ADOP-HAD et les différents freins interrogés, dont l'imprécision des critères d'admission.

Cette imprécision des critères d'admission et cette méconnaissance de l'outil ADOP-HAD sont des freins pour les médecins généralistes car ils entraînent une confusion sur la pertinence et la faisabilité d'une HAD. Ils compromettent l'identification des patients éligibles à une HAD, et entraînent donc une incertitude quant à la possibilité de la prescrire. Les médecins préfèrent une option avec laquelle ils sont plus familiers comme une orientation aux urgences ou en établissement hospitalier avec hébergement. Ainsi, cette prise en charge sous-optimale entraîne une augmentation des dépenses de santé par une utilisation perfectible des ressources de soins.

Cette imprécision des critères résulte de la difficulté à déterminer quel patient peut entrer en HAD, certains patients étant à la limite d'une prise en charge en hospitalisation conventionnelle. L'outil ADOP-HAD peut pallier à cette imprécision mais il reste méconnu des prescripteurs, probablement du fait d'un manque d'information sur son existence ou d'un manque de temps des prescripteurs d'utiliser l'algorithme décisionnel.

4.1.1.2 La tablette informatique

Notre enquête a mis en évidence des difficultés avec la tablette informatique déployée au domicile lors d'une HAD. Elle n'est pas utilisée par tous les médecins généralistes : une petite majorité utilisent la tablette informatique au domicile pour consulter le DPI et seulement un peu plus d'un quart l'utilisent pour la prescription médicale. La plupart des médecins généralistes utilisent leur propre support avec une grande majorité qui prescrivent via l'envoi d'ordonnances par mail à l'Aural HAD. Le deuxième moyen de prescription le plus fréquent est le support personnel du médecin (ordinateur, tablette, smartphone) en passant par le portail web de MHCare. La tablette informatique ne se place qu'en troisième position en tant que moyen de prescription.

Elle complexifie la prise en charge pour la moitié des praticiens interrogés. Les réponses ouvertes permettent de préciser ce constat, les médecins généralistes relèvent des dysfonctionnements avec la tablette informatique, que ce soit au niveau des codes informatiques pour accéder à la plateforme MHCare via la tablette ou à la prescription sur tablette en elle-même. On retrouve également plusieurs fois la notion de manque d'ergonomie. Un médecin généraliste mentionne un manque d'explications quant à son utilisation. Ces dysfonctionnements sont à l'origine d'une perte de temps soulignée par plusieurs des répondants.

L'Aural HAD de Strasbourg a noté une utilisation faible de la tablette informatique, avec des médecins traitants utilisateurs très minoritaires. (25) Des commentaires négatifs à ce propos sont également retranscrits dans le travail de thèse mené sur l'Aural HAD en 2020. (41) La campagne de sensibilité de la CPAM du Bas-Rhin a aussi rapporté par quelques commentaires libres un dysfonctionnement de la tablette informatique. (42)

Elle est donc un frein au recours à l'HAD pour les médecins généralistes car elle complexifie la prise en charge : que ce soit à cause de son logiciel de prescription, qui comporte plusieurs

aspects perfectibles, comme son accès, son ergonomie et sa praticité, mais aussi à cause du défi technologique qu'elle représente, certains praticiens n'étant pas familiarisés de ce type d'outils. En effet, certains médecins craignent une erreur de prescription par manque de connaissance de l'outil informatique, avec potentiellement des répercussions négatives sur la prise en charge du patient. Son utilisation demande aussi un temps supplémentaire par rapport à une visite classique, car prescrire via la tablette informatique peut nécessiter plus de temps, de même pour renseigner le DPI. Le temps nécessaire engendré par l'apprentissage de la tablette et de son logiciel augmente la charge de travail du médecin traitant.

Ce frein existe en dépit des fonctionnalités intéressantes que propose cet outil, comme par exemple le suivi de plaies, la prescription et dispensation des médicaments, la communication entre soignants par une messagerie sécurisée et la possibilité de télé médecine, intéressante notamment pour les territoires en difficultés démographiques médicales. (31) (3)

4.1.1.3 L'aspect chronophage de la prise en charge en HAD

Notre étude a souligné le caractère chronophage d'une HAD. Ceci concerne plusieurs aspects de cette prise en charge, nous avons déjà abordé dans la partie précédente la tablette informatique et les dysfonctions du matériel informatique.

Une majorité des répondants considère que la charge de travail consécutive à une HAD est plus importante, avec des visites à domicile et un temps administratif plus longs que pour un patient hors HAD. Cette observation est liée aux pathologies prises en charge qui sont souvent plus complexes, ou les situations comme les fins de vie qui peuvent nécessiter des visites pluri hebdomadaires.

Un médecin généraliste note dans les aspects chronophages le temps consacré à joindre l'hôpital en cas de complications et le fait de se heurter à certains refus des services hospitaliers. Il ajoute également la gestion en ambulatoire de situations complexes nécessitant

d'appeler des spécialistes en ville et d'organiser les transports. Ils sont plusieurs à rejoindre cet avis avec un travail de liaison avec les spécialistes et l'hôpital jugé plus conséquent.

Une étude de santé publique faite auprès des médecins généralistes rapporte que le développement des prises en charge en HAD s'accompagne de soins au domicile perçus comme de plus en plus complexes, notamment avec le transfert de protocoles hospitaliers au domicile. (46) Ce transfert de protocoles peut demander au médecin généraliste un temps médical plus important, induisant des visites à domicile plus longues que les visites à domicile classiques, ce qui rejoint le résultat de notre thèse.

Cet aspect chronophage est également retrouvé dans de nombreuses thèses sur l'HAD, que ce soit au niveau médical du fait d'un suivi plus important, mais aussi par une gestion administrative plus conséquente. (47) (48)

Dans la campagne menée par la CPAM du Bas-Rhin sur un plus grand effectif de médecins généralistes : 38% décrivent une gestion administrative trop lourde et 11% des 132 commentaires libres rapportent un temps de prise en charge médicale restreint comparé au temps total de mobilisation du médecin dans une HAD. (42)

Cet aspect chronophage explique une réticence des médecins généralistes à l'HAD. La charge de travail est plus importante, de par une gestion de soins plus complexe avec notamment des protocoles hospitaliers à appliquer en médecine de ville. Il faut assurer une coordination entre les divers praticiens et les équipes paramédicales intervenant au domicile. La gestion administrative est plus conséquente. Les visites à domicile exigent un temps de déplacement et fréquemment un temps de consultation plus longs. L'étude de santé publique menée en 2015 note d'ailleurs que les visites à domicile représentent en elle-même un frein devant une disponibilité décroissante des médecins généralistes pour les faire. (46)

Cette charge de travail peut aussi réduire le temps médical dédié aux autres patients. Or si les médecins généralistes manquent de temps, cela peut altérer la qualité de leur soin. Ils sont

moins disponibles pour faire des évaluations approfondies, ce qui peut compromettre leur capacité à ajuster les traitements et à détecter rapidement les signes de complications. Ce manque de temps entraîne alors des erreurs médicales.

4.1.1.4 Le potentiel changement d'équipe paramédicale habituelle

Un quatrième frein est fréquemment rapporté par les médecins généralistes : le changement de l'équipe paramédicale si celle-ci refuse de poursuivre les soins une fois le patient admis en HAD. La majorité des praticiens interrogés considèrent la mise en place d'une nouvelle équipe paramédicale comme un frein. Lors de la mise en place d'une HAD, l'Aural HAD de Strasbourg privilégie les intervenants libéraux déjà impliqués au domicile. Dans certains cas, cette équipe paramédicale peut refuser de travailler dans le cadre d'une prise en charge en HAD. Dans les suggestions libres en fin de questionnaire, un médecin généraliste est revenu sur ce point en présumant que ce refus de l'équipe paramédicale habituelle, et notamment des infirmières à domicile, s'explique par une perte financière lors de prise en charge en HAD. Ce défaut de rémunération est retrouvé dans plusieurs travaux de thèses comme un des facteurs expliquant la réticence des infirmières libérales à la prise en charge en HAD. (40) (45)

Les médecins généralistes perçoivent ce changement d'équipe paramédicale comme un frein car il peut entraîner une rupture de la continuité des soins et fragiliser la relation de confiance entre le médecin, l'équipe paramédicale et le patient. En effet, les patients sont souvent en confiance avec une équipe paramédicale qu'ils ont choisi. Cette équipe connaît bien les pathologies du patient, les médicaments prescrits et les soins à réaliser. De même, le médecin généraliste a généralement l'habitude de travailler avec l'équipe paramédicale du patient, avec une méthode de communication qui satisfait les deux parties. Une nouvelle équipe paramédicale peut demander un temps d'adaptation, d'expliquer le projet de soins, les

pathologies et les traitements du patient et les soins à délivrer. La communication avec la nouvelle équipe peut être de moins bonne qualité qu'avec l'ancienne équipe paramédicale. Le médecin traitant peut avoir à modifier ses jours ou horaires de visite en fonction des passages de cette nouvelle équipe de soins. Enfin la nouvelle équipe peut être en difficulté sur des situations fréquemment rencontrés par l'ancienne équipe, et sera donc plus sujette à contacter le médecin traitant, augmentant de fait sa charge de travail.

Le changement d'équipe paramédicale en cas de refus de l'équipe de soins habituelle du patient nécessite donc fréquemment une réorganisation de la part des médecins généralistes pour assurer une prise en charge en HAD optimale, avec un impact potentiel sur la continuité des soins, la communication, la charge de travail et la relation de confiance entre le patient et le personnel soignant.

4.1.2 Les autres freins des médecins généralistes au recours à l'HAD

Un autre frein apparaît de manière répétée au cours de notre enquête, notamment dans les réponses ouvertes ou les suggestions libres : l'accord du médecin traitant n'est pas toujours sollicité lors de l'admission d'un patient en HAD. Cette tendance est soulignée dans plusieurs travaux de thèse, et est souvent mise en lien avec les prescriptions d'HAD faites à l'issue d'une sortie d'hospitalisation avec hébergement. (45) (49) Dans cette situation, ils sont plusieurs à avoir le sentiment d'être dans l'obligation d'accepter l'HAD car ils sont prévenus très tardivement dans le processus d'inclusion, voire après l'admission. On rappelle que la circulaire de mai 2000 stipule que l'accord du médecin traitant doit être recueilli systématiquement avant toute admission d'un patient en HAD, il est le référent médical de cette prise en charge. (6) Un médecin généraliste ajoute que certaines sorties d'hospitalisation

avec hébergement se font trop précocement via la mise en place d'une HAD, avec des patients peu ou pas du tout stabilisés.

Ce ressenti peut s'expliquer par des lacunes au niveau des protocoles d'admission en HAD concernant les demandes émanant d'un service hospitalier : il n'est peut être pas clair pour le prescripteur hospitalier qu'il faut impliquer le médecin généraliste dès la demande en HAD établie. Cela peut aussi résulter d'un manque de communication entre les professionnels de soins hospitaliers et les professionnels de soins ambulatoires. Dans certaines situations, le caractère urgent d'une sortie au domicile peut précipiter l'admission d'un patient en HAD et potentiellement exclure involontairement le médecin généraliste du processus décisionnel. Ce cas se rencontre d'autant plus dans le climat actuel de pression hospitalière avec des lits d'hospitalisation avec hébergement de moins en moins disponibles. (15) (38)

De plus, malgré une évolution des prescriptions d'HAD, elles restent essentiellement hospitalière. Les rapports d'activités montrent que les prescriptions émanant de médecins de ville sont encore limitées. (8) (28) Dans notre étude ils sont une petite majorité à avoir déjà prescrit une HAD. Cela renforce ce sentiment des médecins généralistes que l'HAD est l'aval d'un séjour en établissement hospitalier et non une solution envisageable en médecine de ville. (46)

Ces prescriptions d'HAD majoritairement établies en post-hospitalier s'expliquent par le fait que le système de santé est initialement un système centré sur l'hôpital. En effet, cela renforce cette perception que le praticien hospitalier est le principal décideur de la prescription d'HAD et du protocole de soins à suivre. De même, le médecin généraliste peut être moins disposé à prescrire une prise en charge en HAD devant des cas souvent complexes nécessitant des prises en charges spécialisées, se sentant moins enclin à gérer ces cas en dehors d'un établissement hospitalier où les ressources et avis spécialisés sont plus facilement mobilisables.

4.1.3 Les paramètres n'étant pas considérés comme des freins

Notre enquête a montré que le circuit de la demande à l'Aural HAD de Strasbourg par un appel téléphonique n'est pas considéré comme un frein. Ceci va dans le sens du projet du PRS 2018-2028 avec la création d'un guichet d'appel pour les professionnels de santé pour simplifier la demande et réduire le délai d'attente. (19) (46)

La feuille de route 2021-2026 a également fixé comme objectif d'anticiper au mieux une prise en charge en HAD pour diminuer son délai de mise en place, et propose notamment de faire une première évaluation via la téléconsultation pour évaluer rapidement l'indication ou non d'une HAD. (3) Dans notre enquête, le délai de mise en place de l'HAD n'est pas un frein. Ce résultat concorde avec les résultats de la campagne de sensibilisation à l'HAD menée sur un plus grand échantillon par la CPAM du Bas-Rhin. (42) Concernant ce délai, notre étude a mis en évidence un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir déjà prescrit une HAD et le délai d'admission en HAD, renforçant l'idée qu'avoir déjà prescrit une HAD peut avoir une influence sur le délai d'admission ressenti par les médecins généralistes.

Notre étude a aussi montré une association statistiquement significative entre le fait d'avoir déjà prescrit une HAD et le temps administratif consacré à une prise en charge en HAD. Ainsi, avoir déjà prescrit une HAD peut avoir un effet sur l'appréciation du temps investi dans la gestion administrative.

Ces deux associations statistiques peuvent s'expliquer par le fait qu'avoir déjà prescrit une HAD veut dire avoir eu une expérience avec l'HAD, avec potentiellement une meilleure connaissance du processus d'admission et des formalités administratives, ce qui peut réduire le temps consacré à ces deux procédures.

Notre étude a montré qu'une grande partie des répondants estiment que les pathologies prises en charge en HAD sont compatibles avec la médecine de ville, elles ne sont donc pas un frein.

Ce résultat contraste avec plusieurs travaux de thèse qui mettent en avant des conditions en ville jugées inadaptées aux soins médicaux d'une HAD, notamment du fait de pathologies plus complexes et techniques. (41) (40)

Une majorité des médecins interrogés se considèrent décisionnaire de la prise en charge en HAD, avec une responsabilité induite par les visites à domicile d'un patient en HAD considérée comme identique à celle d'une visite à domicile classique. Ainsi, même en cas de prescription initiale hospitalière de l'HAD, les médecins généralistes partagent le fait d'être les principaux décideurs au cours de la prise en charge. Ce résultat contraste avec quelques commentaires libres indiquant que le médecin hospitalier est le principal décisionnaire lors d'une HAD et du protocole de soins à suivre. En terme de responsabilité, même si les pathologies peuvent être plus complexes, nécessitant souvent des soins techniques, les médecins généralistes ne ressentent pas un engagement plus important de leur responsabilité.

La campagne menée par la CPAM du Bas-Rhin a aussi retrouvé des critiques concernant le délai entre la prescription du médicament ou du produit de santé et sa délivrance au domicile, décrit comme long. (42) Ce n'est pas le cas d'une majorité de nos répondants qui estiment ce délai court ou modéré.

Enfin d'après notre étude, la communication lors d'une prise en charge en HAD est satisfaisante, que ce soit avec les différents intervenants ou concernant les événements intercurrents d'une prise en charge. Ce résultat contraste avec un grand nombre de travaux universitaires, où la communication est souvent retrouvée comme un des freins majeurs à une prise en charge en HAD, notamment sur des modifications du projet de soin par l'équipe de l'HAD sans que le médecin généraliste en soit informé. (40) (48) On retrouve également le défaut de communication comme troisième commentaire libre le plus fréquent dans la campagne de sensibilisation à l'HAD menée par la CPAM du Bas-Rhin, qui représente 15% des commentaires. (42) Les médecins généralistes dans notre étude n'ont pas considéré la

communication comme étant un frein, témoignant de relations interprofessionnelles de bonne qualité au sein de l'Aural HAD de Strasbourg, avec des voies de communication fonctionnelles et claires.

4.1.4 Les leviers susceptibles de renforcer le recours à l'HAD

L'objectif secondaire de notre étude est de rechercher des leviers pouvant renforcer l'utilisation de l'HAD, en vue d'améliorer ses modalités de prise en charge tout en facilitant le positionnement et l'intervention du médecin traitant.

Pour le premier frein, l'imprécision des critères d'admission en HAD et la méconnaissance de l'outil ADOP-HAD, deux pistes d'amélioration se dessinent à travers ces résultats : on peut supposer qu'une clarification des critères d'admission et une meilleure information sur l'existence et l'utilisation de l'outil ADOP-HAD peuvent contribuer à réduire ce frein.

Concernant la tablette informatique et le logiciel MHCare, les réticences des répondants peuvent être défaits par la clarification de l'emploi de la tablette et de son logiciel, en rendant son usage plus intuitif, ainsi que par la proposition d'une formation courte et adaptée sur son utilisation. Une majorité des répondants est pour une simplification de la plateforme de DPI MHCare, considérée par beaucoup comme complexe et peu ergonomique. Idéalement, plusieurs médecins généralistes évoquent la mise en place d'une interopérabilité entre leur propre logiciel métier et le logiciel MHCare. Ce transfert de données entre deux logiciels métiers permettrait aux praticiens un gain de temps par la connaissance de leur outils informatique, évitant de réapprendre à utiliser un autre logiciel métier, et la mise à disposition directe d'un dossier patient déjà connu et complété, épargnant la gestion de deux dossiers en parallèle.

Pour l'aspect chronophage des prises en charge en HAD, il peut être intéressant de mettre en place des systèmes de soutien efficaces pour aider et accompagner les médecins traitants au cours d'une HAD. Des mesures avaient déjà été mises en place pour alléger leur charge de travail, notamment avec le décret de 2021 appliqué en septembre 2022 par l'Aural HAD de Strasbourg. Ce décret a permis l'instauration de l'astreinte médicale et l'évolution de la fonction de médecin coordonnateur vers médecin praticien d'HAD. Une grande majorité des répondants pense que cette astreinte médicale peut faciliter leur recours à l'HAD. La totalité des médecins interrogés a répondu être favorable à l'évolution du médecin praticien d'HAD, avec une grande majorité en faveur d'une prise en charge partagée avec ce dernier. Le degré de partage diverge cependant, une majeure partie est favorable à un partage équivalent de la prise en charge entre médecin généraliste et médecin praticien d'HAD. Une étude conclut en ce sens en notant que l'appui du médecin praticien d'HAD est largement valorisé par les médecins généralistes, notamment du fait de patients souvent âgés et/ou polypathologiques, avec des soins techniques et/ou spécialisés, comme par exemple avec les soins palliatifs. Une bonne communication entre le médecin praticien d'HAD et le médecin généraliste est essentielle, notamment si ce dernier doit se substituer au médecin traitant en cas d'indisponibilité. (46) Par ailleurs, les nouvelles missions des médecins praticiens d'HAD sont un levier important pour accompagner et soulager les médecins libéraux. On ne sait pas si, parmi les médecins ayant répondu à l'enquête, certains ont déjà expérimenté ce nouveau fonctionnement.

En ce qui concerne le potentiel changement d'équipe paramédicale habituelle, une solution envisageable pour limiter ce refus peut être de créer une cotation spécifique pour les infirmiers/ières en charge du patient en HAD. Cette proposition est d'ailleurs la deuxième proposition à avoir recueilli le plus d'avis favorables. En effet, plusieurs travaux de thèse ont souligné que l'aspect financier est un frein majeur pour les équipes d' infirmiers/ières,

justifiant leur refus de poursuivre les soins en cas de mise en place d'une HAD. (40) (45) Actuellement seuls certains actes sont revalorisés mais non spécifiquement en lien avec une HAD, or certains soins peuvent être plus complexes et nécessiter plus de temps au domicile du patient. (50)

Nous n'avons pas abordé l'aspect financier des praticiens médicaux en tant que frein potentiel, en revanche nous avons émis dans les solutions l'instauration d'une cotation spécifique applicable à chaque visite d'un patient en HAD, proposition retrouvée dans plusieurs travaux de thèse (51) (52). Cette solution a été la troisième à avoir le plus de réponses positives. En revanche, l'idée d'une indemnisation financière fixe par patient en HAD n'a pas été retenue par une majorité de répondants. Ces propositions de revalorisation résultent du constat qu'une grande partie des médecins généralistes décrivent les visites à domicile notamment d'un point de vue financier, avec une valorisation jugée comme n'étant pas à la hauteur de l'acte. (46) Le Comité de Médecine Générale a relevé une diminution des visites à domicile des médecins généralistes, expliquée notamment par cette faible rémunération d'un acte jugé plus long qu'une consultation au cabinet, et pour des patients souvent polypathologiques nécessitant des soins plus complexes. (53) Dans notre étude, ils sont une large majorité à répondre qu'une visite à domicile d'un patient en HAD est plus longue qu'une visite à domicile classique. Cet avis majoritaire peut expliquer un accord commun en faveur de la proposition visant à mettre en place une cotation spécifique pour chaque visite de patient en HAD.

En ce qui concerne le frein rapporté dans plusieurs commentaires de l'enquête, selon lesquels l'accord du médecin traitant n'est pas systématiquement sollicité lors d'une admission en HAD, on peut supposer qu'il peut être diminué par le renforcement de la communication entre les différents professionnels de santé notamment entre les équipes de soins hospitaliers et les équipes de soins ambulatoires. Une autre proposition a été sélectionnée par une grande partie des répondants, à savoir l'élaboration systématique du projet thérapeutique conjointement

avec le médecin traitant. Cette solution peut également permettre de limiter l'absence de consultation du médecin généraliste avant une prise en charge en HAD, l'intégrant ainsi pleinement dans le projet de soins. De même, la volonté politique actuelle de recentrer les soins vers le secteur ambulatoire et les initiatives qui en résultent peuvent favoriser ce réseau de communication interprofessionnelle. Sur chaque zone d'intervention d'une HAD, des partenariats sont à construire avec les acteurs de santé du terrain. Tout ceci concourt à l'objectif de faire de l'HAD une solution intégrée de la médecine de ville. (19)

Cependant la solution visant à mettre en place des appels téléphoniques réguliers entre le médecin praticien d'HAD et le médecin traitant a recueilli qu'une petite majorité de réponses positives. Cette solution propose un échange d'informations en temps réel pouvant permettre une identification précoce des problèmes. Mais ces appels réguliers peuvent constituer une charge supplémentaire pour le médecin traitant, expliquant probablement cette majorité plus discrète.

Parmi les autres propositions de leviers, la solution qui a retenu le plus de réponses positives est le fait de faciliter l'hospitalisation conventionnelle des patients en HAD en cas d'événement intercurrent la justifiant. La proposition de créer un circuit spécifique aux urgences pour les patients en HAD a également recueilli une large majorité de réponses favorables. De manière générale, les médecins généralistes sont pour faciliter l'orientation rapide d'un patient en HAD vers le secteur hospitalier avec hébergement, du fait de patients souvent plus fragiles et plus susceptibles de s'aggraver. Ces deux solutions favorisent aussi le confort du patient en lui évitant un passage en service d'urgences. (3)

Enfin l'emploi de technologies modernes pour réaliser des actes de télé médecine (téléconsultation, télésurveillance, télé-expertise) dans le suivi des patients en HAD n'a suscité que la moitié de réponses positives. La feuille de route 2021-2026 a pourtant consacré

une partie de son projet au recours à la télé médecine, surtout pour contrer les problèmes de démographie médicale, de plus en plus fréquents sur le territoire. (3)

En passant par ces divers leviers mis en lumière par notre étude, les médecins généralistes seraient davantage prescripteurs d'HAD. Ils limiteraient leur recours à une hospitalisation avec hébergement dès lors que le patient serait éligible à une prise en charge en HAD, concourant ainsi à la stratégie nationale d'axer les soins sur le secteur ambulatoire.

4.2 Concernant la méthode

4.2.1 L'échantillonnage

L'étude a été menée par le biais d'un questionnaire auto-administré en ligne. Cette méthode nous a paru être la meilleure solution pour interroger le plus de médecins généralistes exerçant dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg sur une période courte. Cette méthode a l'avantage de limiter le biais de subjectivité lorsqu'un enquêteur interagit directement avec le répondant, exerçant possiblement une influence sur les réponses données. En revanche, notre échantillonnage s'est fait sur participation volontaire : les résultats sont obtenus auprès de personnes qui souhaitent répondre à l'enquête, donc intéressées par le sujet. Parmi les participants, seuls quatre n'ont pas complété le questionnaire en totalité, ce qui démontre l'intérêt des répondants pour cette étude. De plus, la totalité des répondants ont déjà eu un patient pris en charge en HAD. Ainsi les résultats de cette enquête peuvent ne pas représenter l'opinion de l'ensemble des médecins généralistes installés dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg. Ceci constitue un biais de volontariat, qui a pu entraîner une surévaluation ou une sous-évaluation de notre critère de jugement principal.

La diffusion du questionnaire a été faite uniquement par voie informatisée, ce qui a exclu les médecins généralistes non informatisés. Ceci constitue un biais d'échantillonnage, excluant les médecins généralistes travaillant uniquement sous format papier, souvent des médecins âgés.

Au total la taille de notre échantillon est limitée avec quarante quatre questionnaires complètement renseignés malgré la diffusion à large échelle via trois publications par la newsletter de l'URPS-ML, par le e-mailing du secrétariat général de l'Aural HAD de Strasbourg, et les sites internet du SNJMG et de MG France.

Le taux de réponse est d'environ 6,4%, soit un taux faible, avec quarante huit questionnaires complets et incomplets sur les près de sept cent cinquante questionnaires envoyés. On relève un taux de participation souvent peu élevé dans les enquêtes auprès des professionnels de santé. (54)

4.2.2 Recueil des données et analyses statistiques

Le recueil des données s'est fait via la plateforme LimeSurvey, approuvée par l'Université de Strasbourg. Ce recueil s'est fait de manière anonyme : l'anonymat permet aux participants de répondre plus honnêtement, sans crainte de répercussions négatives, et permet d'augmenter le taux de réponses. La durée de recueil des données était courte, sur quatre mois. Nous aurions pu élargir cette période de recueil mais sur les deux derniers mois seuls trois questionnaires supplémentaires ont été remplis malgré une nouvelle relance via l'URPS-ML. Le fait d'avoir utilisé le e-mailing de l'HAD représente également un biais d'échantillonnage : cela a favorisé un échantillon de médecins généralistes qui ont déjà partagé une expérience avec l'HAD, comme le montre les réponses à la question 7 où tous ont déjà eu un patient pris en charge en HAD. Nous avons dû passer par cette voie de diffusion car le taux de réponse

par les autres voies était largement insuffisant, avec seulement onze réponses obtenues fin avril.

Notre enquête a été auto-administrée en ligne. Ce mode de recueil entraîne systématiquement un biais de mémorisation dû à la nature déclarative des réponses. Nos répondants ont pu avoir oublié certains aspects d'événements passés ou avoir déformé leur souvenir, selon que l'expérience ait été vécu positivement ou négativement.

Le questionnaire était majoritairement composé de questions à réponses fermées, représentant l'une des forces de notre étude car cela a permis de faciliter les réponses et de fluidifier le questionnaire, ce qui a limité les abandons avant la fin de l'enquête. Cela a aussi permis de simplifier l'analyse statistique des réponses. La rédaction de questions à réponses fermées impose d'être exhaustif dans les propositions de réponses en ayant envisagé toutes les modalités de réponses, ce que nous avons essayé de faire autant que possible en proposant souvent une gradation de réponses. Malgré cette vigilance un questionnaire présenté majoritairement sous forme de questions fermées à choix unique ou multiple peut toujours orienter les médecins dans leurs réponses. Nous avons donc ajouté où cela nous semblait pertinent des questions à réponses semi-ouvertes ou ouvertes, qui en plus de favoriser des réponses riches et diverses ont permis de limiter ce biais de non-réponse. La majorité de nos questions fermées ont été à nombre de propositions pair afin de limiter la tendance des répondants à choisir la réponse du milieu. Nous avons limité le nombre de questions pour obtenir une durée de questionnaire de cinq à dix minutes maximum, afin de favoriser un meilleur taux de réponse. Cependant le questionnaire restait assez long avec au total quarante sept questions, ce qui a pu entraîner un biais de non réponse avec des abandons en cours de questionnaire liés à la longueur de celui-ci. Cette longueur a également entraîné un biais de fatigabilité parmi les réponses : en fin de questionnaire, les répondants tendent à répondre plus rapidement sans prendre le temps de bien réfléchir à la problématique.

La majorité de nos questions fermées avaient une proposition neutre "ne peut répondre", qui représente une force de notre étude car cela a évincé la possibilité d'imposer aux répondants une proposition qui ne reflète pas leur véritable opinion. Malheureusement, trois de nos questions n'avaient pas été rédigé sous cette forme ce qui représente aussi une faiblesse dans notre étude. Un médecin m'avait notifié directement par mail son impossibilité de répondre à la question 14, qui concerne les critères d'admission en HAD, car il ne les connaissait pas et n'avait pas la possibilité de ne pas répondre à cette question. Les questions 17 et 19 n'avaient également pas de possibilité de non réponse. Ceci représente un biais de non réponse lié à une absence d'expérience ou de connaissance de l'HAD, et explique que certains questionnaires n'ont pas été complètement remplis et exclus de l'analyse. On a noté aussi un défaut de clarté au niveau des questions 17 et 18 au vu de deux réponses ouvertes à la question 18 qui n'avaient pas de lien avec la problématique de ces questions, à savoir la compatibilité des pathologies en HAD avec la médecine de ville. On a retrouvé ce même défaut au niveau de la question 12, avec une justification en réponse ouverte à la question 13 qui n'avait pas de lien avec la demande d'HAD par appel téléphonique. Cette ambiguïté n'avait malheureusement pas été éliminée malgré notre phase de test auprès de trois personnes, dont un médecin généraliste.

Concernant nos analyses statistiques, le faible effectif des répondants nous oblige à interpréter ces résultats avec prudence. Cependant ces analyses des données ont montré une nette tendance de l'opinion des médecins généralistes sur une majorité de nos questions, avec peu de réponse neutre, ce qui est l'une des forces de notre étude.

En ce qui concerne nos analyses statistiques univariées, bien qu'elles permettent d'étudier la relation entre deux variables, elles ne prennent pas en compte les facteurs de confusion potentiels. Il aurait fallu faire des analyses multivariées. Toutefois, en raison du grand

nombre de questions, de notre faible effectif et de notre manque d'expérience en la matière, nous n'avons pas proposé ce type d'analyse statistique.

4.2.3 Représentativité de l'échantillon

Au premier janvier 2022, l'annuaire de santé de l'Assurance Maladie a recensé 649 médecins généralistes libéraux installés dans la zone d'intervention de l'Aural HAD, dont 306 médecins hommes et 343 médecins femmes. (55) Il y a donc 649 médecins généralistes éligibles à notre étude, notre échantillon comprend donc seulement 6,8% de la population cible.

Notre population étudiée est constituée principalement de femmes, à 56,8%. Cette proportion concorde avec les données recensées dans l'annuaire de santé Ameli, où les femmes sont majoritaires : elles représentent 52,9% des médecins généralistes installés dans la zone d'intervention de l'Aural HAD. En revanche, cet annuaire ne nous permet pas d'avoir accès à l'âge des praticiens exerçant dans la zone d'intervention de l'Aural HAD.

Nous nous sommes donc basé sur les données recensées par la DREES. En effet, chaque année la DREES recense les caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé par région. En comparant les données issues de notre enquête et les données de la DREES dans la région du Bas-Rhin, on retrouve une proportion de médecins généralistes ayant un âge supérieur à 50 ans (56%) plus importante que la proportion de médecins généralistes de moins de 49 ans installés dans le Bas-Rhin (44%). La tranche d'âge majoritaire dans la région du Bas-Rhin est entre 60 et 69 ans, qui représente 27% des médecins généralistes libéraux. (56) Or dans notre étude, notre population étudiée comporte autant de médecins de moins de 49 ans que de médecins de plus de 50 ans, et la tranche d'âge majoritaire est entre 30 et 39 ans, à 31,8%. Les tranches d'âge secondairement plus

représentées sont les médecins de 50 à 59 ans et les médecins de 60 à 69 ans, toutes deux présentes à hauteur de 22,7%.

Les caractéristiques de notre échantillon diffèrent donc sensiblement en ce qui concerne l'âge, notamment avec une surreprésentation des médecins généralistes de 30 à 39 ans, mais sont assez proches en ce qui concerne le sexe.

En ce qui concerne le lieu d'installation, dix-sept villes sont représentées dans notre enquête sur les soixante et onze villes de la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg, soit 24% du territoire d'intérêt. On note que 50% des participants exercent à Strasbourg, ce qui concorde avec les données de l'annuaire de santé de l'Assurance Maladie qui retrouve 55% des médecins de notre population cible qui exercent dans cette ville. Notre étude illustre donc bien la densité territoriale médicale de la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg. (55)

Dans notre enquête, ils sont 93,2% à effectuer des visites à domicile. La dernière étude épidémiologique sur ce sujet a été menée en 2016 par le Collège de la Médecine Générale (CMG) au niveau national. Cette enquête a révélé que 96 % des médecins généralistes ont effectué au moins une visite à domicile en 2016, un chiffre comparable à celui obtenu dans notre étude.

Concernant la patientèle des médecins généralistes au niveau national, la proportion de patients de plus de 65 ans représente en moyenne 40% de la patientèle totale. (57) Cette moyenne concorde avec les résultats de notre enquête, avec une large majorité qui déclare avoir une proportion de patients de plus de 65 ans comprise entre 25 et 49%.

Concernant le nombre de patients en fin de vie accompagné par un médecin généraliste, nous n'avons pas trouvé de donnée fiable au niveau de la région du Bas-Rhin ou au niveau national, nous ne pouvons donc pas comparer avec le résultat de notre enquête.

4.3 Forces et limites de l'étude

4.3.1 Forces de l'étude

Notre étude est la première étude quantitative évaluant les freins au recours à l'HAD par les médecins généralistes exerçant dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg. Elle intervient après les modifications apportées par le décret de 2021, appliquées à l'Aural HAD de Strasbourg par le renforcement du rôle de médecin coordonnateur HAD vers le rôle de médecin praticien d'HAD et l'astreinte médicale continue en place depuis septembre 2022.

Notre étude intervient également après la campagne de sensibilisation de la CPAM du Bas-Rhin menée auprès de 950 médecins généralistes installés, de mi-octobre 2022 à janvier 2023. Notre sujet d'étude est pertinent et d'actualité. En effet, l'HAD est une offre de soins ambulatoires qui réponds aux besoins actuels de santé face à l'augmentation du nombre de pathologies chroniques, et est une partie de réponse à l'insuffisance d'hébergement hospitalier sur tout le territoire. Elle est un axe majeur de la stratégie nationale de santé.

Les médecins généralistes sont au cœur du fonctionnement de l'HAD, ils sont des acteurs clés de son organisation. Il est donc pertinent d'interroger les freins qu'ils rencontrent pour remédier à leur investissement qui reste mitigé.

La méthodologie de notre enquête présente des points forts. La construction du questionnaire a permis d'éviter autant que possible d'influencer le répondant dans son choix de réponse (nombre pair de propositions de réponses, possibilité de réponse neutre avec la proposition "ne peut répondre"), et a favorisé une certaine exhaustivité des réponses par le biais de questions à réponses semi-ouvertes ou ouvertes lorsque jugé nécessaire. Le biais de subjectivité a été également limité par l'auto-administration du questionnaire, les répondants n'ont pas été influencés par un enquêteur. Une majorité de nos questions sont à réponses

fermées, ce qui a permis d'augmenter le nombre de répondants. La garantie de l'anonymat des réponses a également favorisé ce taux de réponses, ce travail de thèse étant en conformité avec le RGPD et la loi informatique et libertés 78-17.

La représentativité de notre étude en ce qui concerne le sexe, la densité territoriale médicale de la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg et le mode d'exercice concernant les visites à domicile et la proportion des patients de plus de 65 ans, représente également une force dans notre étude.

Enfin nos résultats sont en grande partie conformes aux données présentes dans la littérature.

4.3.2 Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais, notamment :

- Un biais de volontariat, qui a pu provoquer une surestimation ou une sous-estimation de notre critère principal, avec des résultats qui potentiellement ne reflètent pas l'avis de l'ensemble des médecins généralistes de la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg.
- Un biais de mémorisation dû à la nature déclarative des réponses et un biais de fatigabilité lié à la longueur du questionnaire, qui ont pu fausser certaines réponses et compromettre la validité des conclusions de l'étude.
- La longueur de notre questionnaire a également entraîné un biais de non réponse, excluant les non répondants, ce qui a pu diminuer la représentativité des réponses.
- Le biais d'échantillonnage, que ce soit par l'exclusion des médecins non informatisés ou par l'utilisation de l'e-mailing de l'HAD, a favorisé des répondants ayant déjà eu une expérience avec l'HAD, ce qui a pu diminuer la représentativité de la population cible.

La représentativité de l'échantillon a été également affectée par la non représentativité de la population cible en ce qui concerne l'âge. La représentativité de notre échantillon est donc partielle, ce qui diminue la validité externe de notre étude.

Pour améliorer la représentativité globale et la validité de nos conclusions, il aurait été pertinent de considérer des ajustements méthodologiques tels que la pondération ou la stratification. Cependant, notre effectif restreint et notre manque d'expérience ne nous ont pas permis de réaliser ces ajustements.

Enfin la taille de notre échantillon représente une des limites de notre étude : le taux de réponses est très faible, impactant la puissance statistique de nos résultats. Nos résultats sont donc à interpréter avec prudence. Ainsi même si nos résultats sont pertinents et concordent avec les données de la littérature, notre effectif n'est pas suffisant pour généraliser les résultats à l'ensemble des médecins généralistes installés dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg.

5. CONCLUSION

L'HAD est une alternative intéressante à l'hospitalisation conventionnelle, elle est une partie de réponse à l'objectif politique de recentrer les soins sur le secteur ambulatoire. Mais si elle est bien régie par divers textes législatifs, elle reste sous-utilisée en pratique. Les médecins généralistes, véritables pivots d'une HAD, expriment quelques réticences à son recours en médecine de ville. Notre travail évalue les freins au recours à l'HAD par les médecins généralistes exerçant dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg, par le biais d'une étude quantitative transversale observationnelle descriptive. Notre enquête a mis en évidence quatre freins principaux à l'utilisation de l'Aural HAD de Strasbourg : l'imprécision des critères d'admission en HAD et la méconnaissance de l'outil ADOP-HAD, la tablette informatique présente au domicile du patient, l'aspect chronophage de cette modalité de prise en charge et le potentiel changement d'équipe paramédicale habituelle si cette dernière refuse de travailler avec le dispositif d'HAD. Ces quatre obstacles entraînent notamment une hausse des dépenses de santé en raison d'une utilisation sous-optimale des ressources disponibles, une augmentation de la charge de travail du médecin traitant, et peuvent nuire à la continuité des soins. L'absence de sollicitation du médecin traitant lors de la mise en place de l'HAD constitue également un frein, résultant d'une communication insuffisante entre le secteur hospitalier et le secteur libéral. Tous ces freins et leurs implications peuvent compromettre l'efficacité et la qualité des soins des patients éligibles. Les identifier permet d'avoir des pistes d'amélioration pour encourager son utilisation. La clarification des critères d'admission et une meilleure information autour de l'outil ADOP-HAD peuvent aider à réduire ces freins, il en est de même pour la simplification de l'emploi de la tablette informatique et de son logiciel MHCare. L'instauration de système de soutien

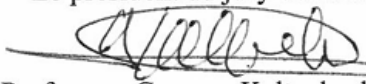
efficace pour accompagner les médecins traitants et une meilleure communication entre le médecin praticien d'HAD et le médecin généraliste peuvent aussi participer à lever ces freins. Notre étude a également mis en lumière des leviers susceptibles de favoriser la prescription d'une HAD par les médecins généralistes, tels que la facilitation de l'hospitalisation conventionnelle en cas d'événement intercurrent et l'instauration d'une cotation spécifique pour les infirmiers/ières en charge du patient. L'élaboration du projet thérapeutique avec le médecin traitant, l'instauration d'une cotation spécifique pour les visites d'un patient en HAD et la création d'un circuit spécifique aux urgences pour les patients en HAD sont également des solutions à envisager. Cependant, notre étude a été réalisée sur un faible échantillon de médecins généralistes, les résultats sont donc à interpréter avec prudence. De plus, notre étude comporte plusieurs biais et la représentativité de notre échantillon est partielle : les conclusions de l'étude ne peuvent pas donc être généralisées à l'ensemble des médecins généralistes installés dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg.

L'HAD est un élément clé de la réorganisation des soins en médecine de ville, il serait intéressant d'approfondir ces résultats sur un plus grand échantillon pour confirmer ou infirmer nos conclusions.

VU

Strasbourg, le... 13-11-2024

Le président du jury de thèse

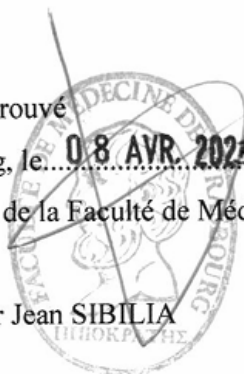

Professeur Georges Kaltenbach

VU et approuvé

Strasbourg, le... 08 AVR. 2025

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

Professeur Jean SIBILIA

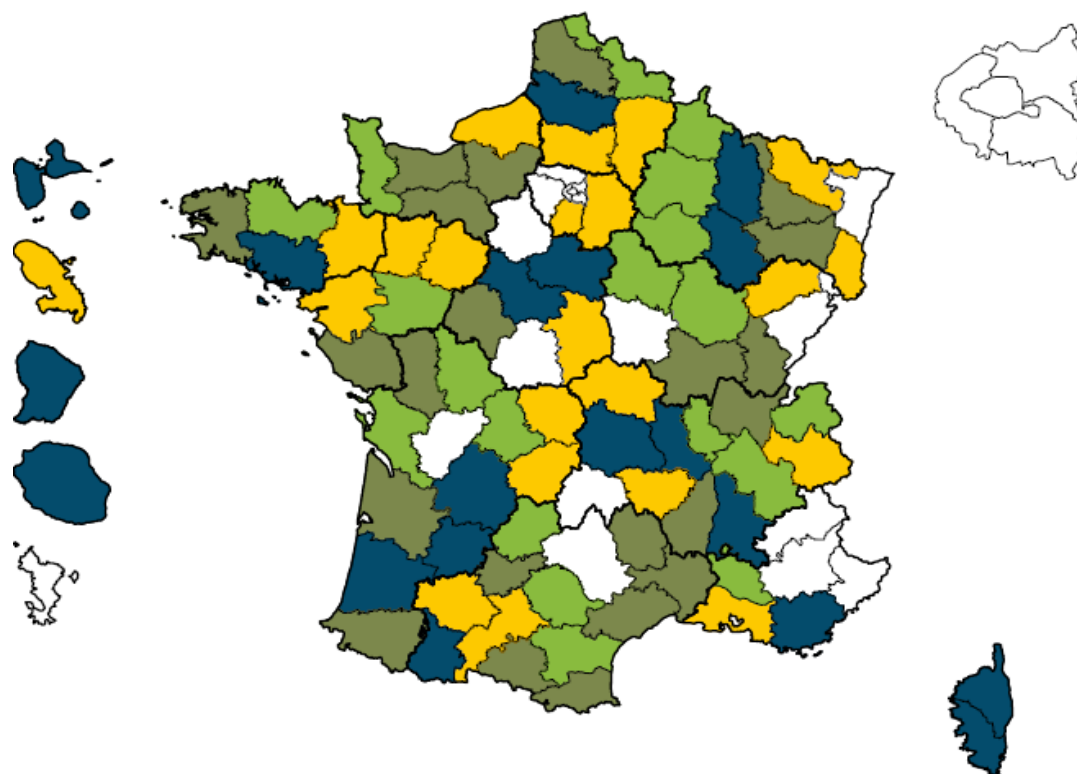


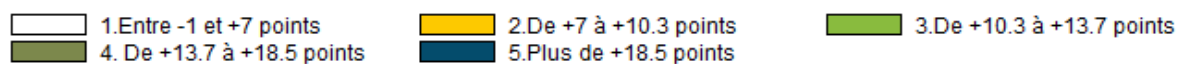
6. ANNEXES

6.1. Annexe 1 : Activité globale par région (nombre de journées en milliers)

FRANCE ENTIÈRE	27,1
NORMANDIE	19,7
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	20
PAYS DE LA LOIRE	21,4
OCCITANIE	21,5
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	22,9
GRAND EST	24,8
BRETAGNE	27,5
CENTRE-VAL DE LOIRE	27,6
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	27,7
ILE-DE-FRANCE	28,5
HAUTS-DE-FRANCE	30,6
NOUVELLE AQUITAINE	33,5
LA RÉUNION	38,2
MARTINIQUE	48,9
CORSE	49,5
GUYANE	91,2
GUADELOUPE	101,6

6.2. Annexe 2 : Différence entre les taux de recours à l'HAD par départements en 2006 et en 2016



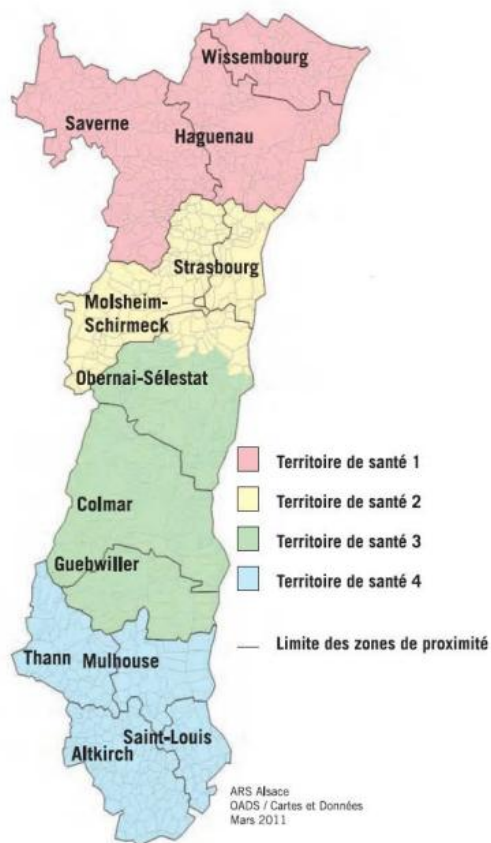


6.3. Annexe 3 : Territoire de santé d'Alsace et carte des établissements d'HAD d'Alsace

Territoires de santé d'Alsace

Carte HAD d'Alsace

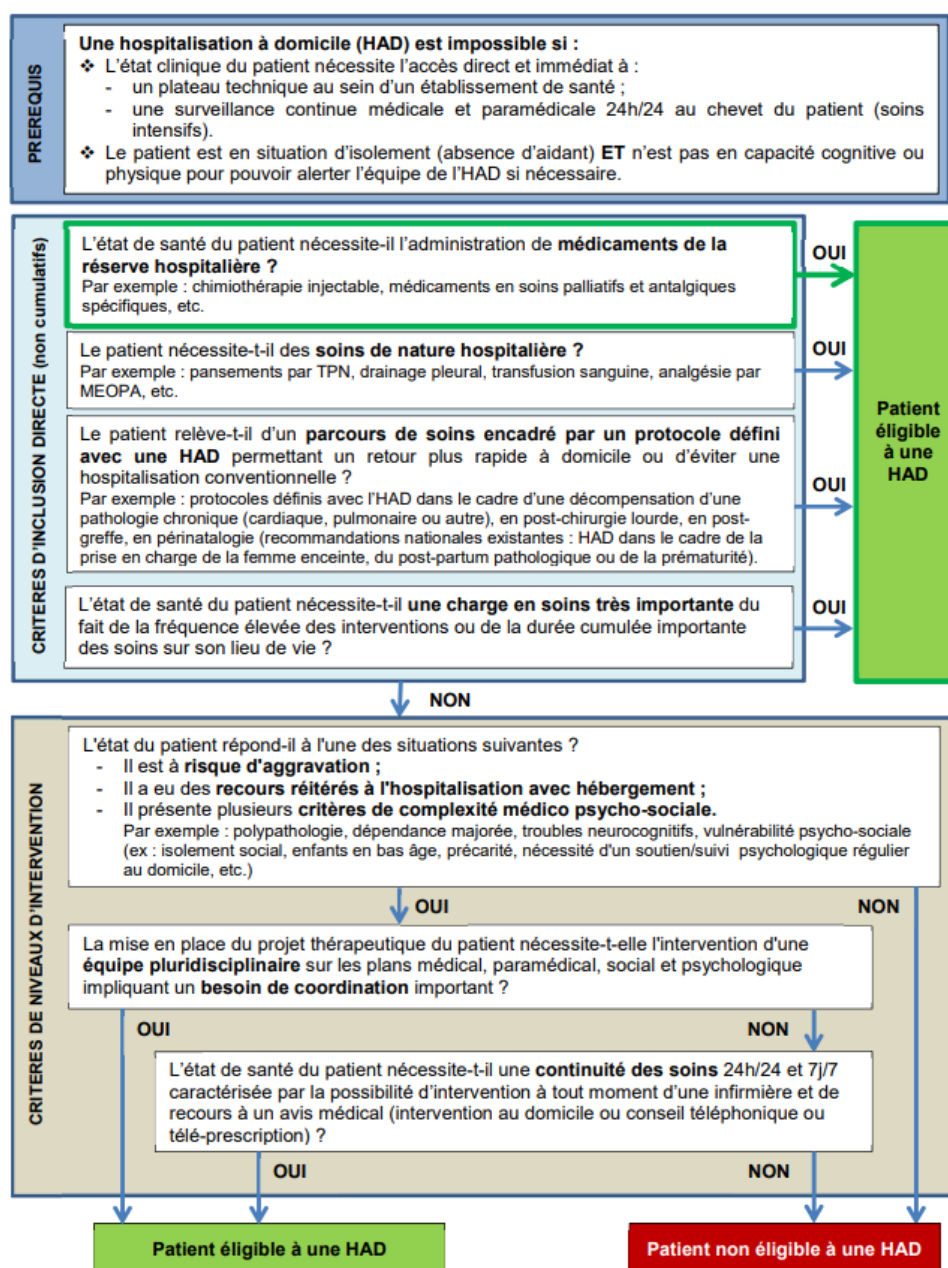
Territoires de santé - Zones de proximité



6.4. Annexe 4: Zones d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg



6.5. Annexe 5: Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs



6.6. Annexe 6 : Questionnaire de thèse

Les questions suivies d'un astérisque sont des questions obligatoires.

Partie 1 : Renseignements socio-démographiques

1) Quel est votre âge ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Entre 20 et 29 ans
- ☐ Entre 30 et 39 ans
- ☐ Entre 40 et 49 ans
- ☐ Entre 50 et 59 ans
- ☐ Entre 60 et 69 ans
- ☐ Plus de 70 ans

2) Quel est votre sexe ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

3) Dans quelle ville de la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg exercez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 67204 ACHENHEIM
- ☐ 67370 BERSTETT
- ☐ 67800 BISCHHEIM
- ☐ 67113 BLAESHEIM
- ☐ 67150 BOLSENHEIM
- ☐ 67112 BREUSCHWICKERSHEIM
- ☐ 67150 DAUBENSAND
- ☐ 67370 DINGSHEIM
- ☐ 67117 DOSSENHEIM-KOCHERSBERG
- ☐ 67270 DURNINGEN
- ☐ 67201 ECKBOLSHEIM
- ☐ 67550 ECKWERSHEIM
- ☐ 67960 ENTZHEIM
- ☐ 67150 ERSTEIN

- 67114 ESCHAU
- 67640 FEGERSHEIM
- 67117 FESSENHEIM-LE-BAS
- 67117 FURDENHEIM
- 67118 GEISPOLSHEIM
- 67150 GERSTHEIM
- 67270 GOUGENHEIM
- 67370 GRIESHEIM-SUR-SOUFFEL
- 67117 HANDSCHUHEIM
- 67980 HANGENBIETEN
- 67150 HINDISHEIM
- 67150 HIPSHEIM
- 67800 HOENHEIM
- 67810 HOLTZHEIM
- 67117 HURTIGHEIM
- 67640 ICHTRATZHEIM
- 67400 ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN
- 67117 ITTENHEIM
- 67270 KIENHEIM
- 67120 KOLBSHEIM
- 67520 KUTTOLSHEIM
- 67610 LA WANTZENAU
- 67450 LAMPERTHEIM
- 67150 LIMERSHEIM
- 67380 LINGOLSHEIM
- 67640 LIPSHEIM
- 67206 MITTELHAUSBERGEN
- 67450 MUNDOLSHEIM
- 67370 NEUGARTHEIM-ITTLENHEIM
- 67207 NIEDERHAUSBERGEN
- 67150 NORDHOUSE
- 67230 OBENHEIM
- 67205 OBERHAUSBERGEN

- ☐ 67203 OBERSCHAEFFOLSHEIM
- ☐ 67990 OSTHOFFEN
- ☐ 67150 OSTHOUSE
- ☐ 67540 OSTWALD
- ☐ 67370 PFETTISHEIM
- ☐ 67370 PFULGRIESHEIM
- ☐ 67115 PLOBSHEIM
- ☐ 67117 QUATZENHEIM
- ☐ 67116 REICHSTETT
- ☐ 67270 ROHR
- ☐ 67150 SCHAEFFERSHEIM
- ☐ 67300 SCHILTIGHEIM
- ☐ 67370 SCHNERSHEIM
- ☐ 67460 SOUFFELWEYERSHEIM
- ☐ 67000 STRASBOURG
- ☐ 67370 STUTZHEIM-OFFENHEIM
- ☐ 67370 TRUCHTERSHEIM
- ☐ 67150 UTTENHEIM
- ☐ 67550 VENDENHEIM
- ☐ 67230 WESTHOUSE
- ☐ 67370 WILLGOTTHEIM
- ☐ 67370 WINTZENHEIM-KOCHERSBERG
- ☐ 67370 WIWERSHEIM
- ☐ 67202 WOLFISHEIM

4) Faites-vous des visites à domicile ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

5) A combien estimez-vous la proportion de vos patients de plus de 65 ans ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 25%

- Entre 25 et 49%
- Entre 50 et 75%
- Plus de 75 %

6) Combien de patients en fin de vie accompagnez-vous à domicile par an ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucun
- Entre 1 et 4
- Entre 5 et 9
- Entre 10 et 14
- Entre 15 et 19
- 20 ou plus

Partie 2 : Etat des lieux

7) Avez-vous déjà eu un patient pris en charge en HAD ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

8) Avez-vous déjà prescrit une HAD ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

9) Avez-vous déjà refusé une prise en charge en HAD ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

10) Si la réponse à la question 9 était "Oui" : Vous avez coché "Oui" : pour quelle(s) raison(s) ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Pathologie du patient ne justifiant pas une prise en charge en HAD

- Etat de santé du patient justifiant une hospitalisation conventionnelle plutôt qu'une prise en charge en HAD
- Pas d'indication à une prise en charge en HAD devant les moyens déjà en place au domicile (personnel soignant/tiers présent/prestataire etc.)
- Pas assez de temps disponible pour une prise en charge en HAD
- Pas de visite à domicile
- Refus de principe des prises en charge en HAD
- Autre :

11) Connaissez-vous l'outil d'aide à la prescription d'une HAD : <http://adophad.has-sante.fr/> ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Partie 3 : Concernant la mise en place de l'HAD :

12) Pensez-vous que la demande d'HAD par un appel téléphonique est : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Adaptée
- Inadaptée

13) Si la réponse à la question 12 était "Inadaptée" : Vous avez coché la proposition "Inadaptée" : Pouvez-vous préciser :

14) Les critères d'admission en HAD vous paraissent : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout précis
- Peu précis
- Plutôt précis
- Très précis

15) Généralement le délai de mise en place de la structure est : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Inférieur à 7 jours
- Entre 7 et 15 jours
- Supérieur à 15 jours
- Ne peut répondre

16) Ce délai de mise en place est selon vous : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Court
- Modéré
- Long
- Ne peut répondre

Partie 4 : Concernant les pathologies prises en charge en HAD :

17) Ces pathologies sont par rapport à la médecine de ville : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Totalement incompatibles
- Peu compatibles
- Compatibles pour la plupart
- Compatibles dans tous les cas

18) Si la réponse à la question 15 était "Totalement incompatibles" ou "Peu compatibles" :

Vous avez coché "Totalement incompatibles" ou "Peu compatibles", pouvez-vous préciser :

19) *Le médecin traitant est le référent médical de la prise en charge une fois le patient admis*

en HAD : vous vous estimez décisionnaire de la prise en charge : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucunement décisionnaire
- Peu décisionnaire
- Plutôt décisionnaire
- Totalement décisionnaire

20) Si la réponse à la question 19 était "Aucunement décisionnaire" ou "Peu décisionnaire »

:Vous avez coché "Aucunement décisionnaire" ou "Peu décisionnaire", pouvez-vous préciser :

21) Depuis janvier 2022 le médecin coordonnateur HAD a évolué vers la fonction de médecin praticien d'HAD, impliquant en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou si l'urgence de la situation le justifie la possibilité d'assurer la continuité des soins : êtes-vous favorable à cette évolution : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

22) Seriez-vous favorable à une prise en charge partagée avec le médecin praticien d'HAD :

*Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Non
- ☐ Oui pour une minorité de la prise en charge
- ☐ Oui pour une prise en charge partagée de manière équivalente
- ☐ Oui pour la majorité de la prise en charge
- ☐ Oui pour la totalité de la prise en charge

23) Depuis septembre 2022 l'Aural HAD a mis en place une astreinte médicale toutes les nuits, les week-ends et les jours fériés : Pensez-vous que cela peut faciliter votre recours à l'HAD ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

Partie 5 : La visite à domicile de votre patient en HAD par rapport à une visite à domicile classique

24) Elle requiert un temps de visite : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Plus court
- ☐ Équivalent
- ☐ Plus long
- ☐ Ne peut répondre

25) Elle engage une responsabilité : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moindre
- ☐ Équivalente
- ☐ Plus importante
- ☐ Ne peut répondre

26) Utilisez-vous la tablette informatique au domicile pour consulter le dossier patient informatisé ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

27) Pensez-vous que cette tablette informatique au domicile : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Simplifie la prise en charge
- ☐ N'a aucune incidence sur la prise en charge
- ☐ Complexifie la prise en charge
- ☐ Ne peut répondre

Partie 6 : La gestion du patient en HAD

28) Le temps consacré au patient en dehors de sa visite au niveau administratif est : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Plus court
- ☐ Équivalent
- ☐ Plus long
- ☐ Ne peut répondre

29) Le temps consacré au patient en dehors de sa visite au niveau de la consultation des bilans paracliniques est : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Plus court
- Équivalent
- Plus long
- Ne peut répondre

Partie 7 : Les prescriptions du patient en HAD :

30) Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour faire les prescriptions du patient en HAD : *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La tablette informatique mise en place au domicile via le logiciel MHCare
- Votre propre support informatisé (ordinateur, tablette, smartphone) via le portail web du logiciel MHCare
- Par mail (ordonnances numériques ou ordonnances papiers numérisées)
- Par fax (ordonnances numériques ou ordonnances papiers numérisées)
- Ne peut répondre
- Autre :

31) Le délai entre la prescription du médicament ou du produit de santé et sa délivrance au domicile est selon vous : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Court
- Modéré
- Long
- Ne peut répondre

Partie 8 : Concernant les intervenants de l'HAD :

32) Pensez-vous qu'il existe un manque de communication avec les médecins praticiens d'HAD ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne peut répondre

33) Pensez-vous qu'il existe un manque de communication avec l'infirmier/ière coordonnateur/rice de l'HAD ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

34) Pensez-vous qu'il existe un manque de communication avec les soignants intervenants au domicile de l'HAD ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

35) Pensez-vous qu'il existe un manque de communication sur les événements intercurrents de la prise en charge ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

36) Il peut arriver que l'équipe paramédicale habituelle du patient refuse de poursuivre les soins une fois le patient en HAD, considérez-vous que la mise en place d'une nouvelle équipe paramédicale dans ce contexte soit : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Un point négatif
- ☐ Un point neutre
- ☐ Un point positif
- ☐ Ne peut répondre

Partie 9 : Quelle(s) solution(s) permettrai(en)t de renforcer le recours à l'HAD par les médecins généralistes ?

37) Elaboration systématique du projet thérapeutique conjointement avec le médecin traitant :

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

38) Faciliter l'hospitalisation conventionnelle des patients en HAD en cas d'événement intercurrent la justifiant : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

39) Créer un circuit spécifique aux urgences pour les patients en HAD : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

40) Mise en place de points téléphoniques réguliers entre le médecin praticien d'HAD et le médecin traitant : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

41) Simplification de la plateforme de dossier patient informatisé MHCare : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

42) Emploi de technologies modernes pour réaliser des actes de télémédecine (téléconsultation, télésurveillance, télé-expertise) dans le suivi des patients en HAD : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

43) Instauration d'une indemnité financière fixe par patient en HAD : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

44) Instauration d'une cotation spécifique applicable à chaque visite du patient en HAD : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

45) Instauration d'une cotation spécifique pour les infirmiers/ières s'occupant du patient en HAD : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne peut répondre

46) Autre(s) solution(s) : Pouvez-vous préciser :

47) Avez-vous d'autres remarques ou suggestions sur les freins au recours à l'HAD par les médecins généralistes :

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Article R6123-139 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044940732/2023-06-01
2. Mauro, L. Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) : un essor important. [Internet]. DREES, Les Dossiers de la DREES; 2017. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd23_dix_ans_d_hospitalisation_a_domicile_2006_2016.pdf
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route HAD 2021-2026 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01.pdf>
4. Aural HAD. L'Hospitalisation à domicile : avant-propos [Internet]. Disponible sur: <https://www.aural.fr/had/presentation>
5. Legifrance. Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile. 2021-1954 déc 31, 2021.
6. Legifrance. Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. mai 30, 2000. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=15980>
7. Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. L'histoire d'un paradoxe. Revue française des affaires sociales. 2005;(3):157-82.
8. Cour des Comptes. Rapport : L'hospitalisation à domicile - Évolutions récentes [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>
9. HAS. Rapport de certification Aural Strasbourg. 2018.
10. Ministère de la Santé et des Sports. La loi HPST à l'hôpital : pour comprendre [Internet]. 2009. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

11. FNEHAD. La réforme des autorisations en hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2022/02/FNEHAD_Kit-Reforme-autorisations_Decryptage.pdf
12. ARS Ile de France. Demande d'autorisation ou de modification d'autorisation d'hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/2031/download?inline>
13. Legifrance. Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile. 2022-102 janv 31, 2022.
14. FNEHAD. L'HAD à l'avant-garde des réformes. Rapport d'activité 2020-2021. [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2021/11/FNEHAD_RA20_web_pl.pdf
15. DREES. 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 [Internet]. Numéro 1208; 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1208.pdf>
16. DREES. Les établissements de santé - édition 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>
17. ARS Grand Est. Projet régional de santé d'Alsace 2012-2016 - Revue du PRS à mi-parcours. 2014.
18. Alsace HAD. Alsace HAD. Notre Réseau. Disponible sur: <http://www.alsace-had.fr/notre-reseau.html>
19. ARS Grand Est. [PRS] Projet régional de Santé 2018-2028 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/50136/download?inline>
20. FNEHAD. Livre blanc de l'e-santé en HAD [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2020/10/FNEHAD-SFSD_LivreBlanc_e-sante_2020-VERSION-DEF-21102020.pdf

21. Direction générale de l'offre de soins. Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. déc 4, 2013. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891619/
22. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
23. Ministère de la Santé et de la Prévention. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination [Internet]. 2023. 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>
24. Aural HAD. Présentation [Internet]. Disponible sur: <https://www.aural.fr/had/presentation>
25. Aural HAD. Livret d'accueil du médecin praticien en HAD. 2022.
26. Aural HAD. Zone d'intervention de l'Aural HAD. 2022.
27. Aural HAD. Accueil et prise en charge [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.aural.fr/had/accueil-et-prise-en-charge>
28. HAS. Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://adophad.has-sante.fr/>
29. Legifrance. Sous-section 2 : Médicaments réservés à l'usage hospitalier (Articles R5121-82 à R5121-83) [Internet]. 1017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006196549>
30. HAS. Haute Autorité de Santé. 2016. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac

31. MHComm. MHCare : la coordination des soins en HAD [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.mhcomm.fr/coordination-soins-had-mhcare/>
32. Assurance Maladie. Hospitalisation et chirurgie [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/hospitalisation-chirurgie>
33. Direction de l'information légale et administrative. Hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732>
34. OMS. Vieillissement et santé [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
35. Santé Publique France. Bien vieillir [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
36. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
37. Fédération Hospitalière de France. Enquête Ressource Humaine (RH). 2022.
38. Sénat. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France. 2022.
39. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
40. 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 d'exercice]. [Strasbourg]: Faculté de médecine de Strasbourg; 2021.
41. Tryleski C. Collaboration entre HAD et médecins généralistes : Enquête exploratoire auprès de médecins généralistes et de médecins coordonnateurs [Thèse d'exercice]. [Strasbourg]: Faculté de médecine de Strasbourg; 2020.

42. CPAM du Bas-Rhin. Bilan de campagne HAD 2022/2023. 2023.
43. Département de Médecine Générale de Strasbourg. Foire aux questions des thèses, version 5. 2022.
44. Pr Neyer. Instructions pour la saisie des données en vue de leur traitement biostatistique. 2010.
45. Esteve M. Hospitalisation à Domicile : expérience des médecins généralistes d'Ajaccio et ses grands alentours [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2017.
46. Leung I, Casalino E, Pateron D, Grateau G, Garandeau E, de Stampa M. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. Santé Publique. 2016;28(4):499-504.
47. Maigret I, Bresson-Raynaud I. Développement de l'hospitalisation à domicile, quel engagement pour les médecins généralistes ? : enquête en Beauvaisis [Thèse d'exercice]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes; 2015.
48. Mansouri I. Ressenti d'expérience des médecins généralistes ayant collaboré avec l'Hospitalisation à Domicile de Paris Ouest auprès de leurs patients âgés en situations complexes : enquête auprès des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2016.
49. Matricon C. Médecins généralistes et hospitalisation à domicile : enquête auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Faculté de médecine de Rennes; 2011.
50. Assurance Maladie. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP07032024.pdf>
51. Gledel C. Perception et recours à l'Hospitalisation à Domicile par les médecins de Guadeloupe [Thèse d'exercice]. [Guadeloupe]: Université des Antilles; 2019.

52. Maillard S. Vécu et ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en hospitalisation à domicile relevant de soins palliatifs dans le bassin de population tourangeau. [Thèse d'exercice]. [Tours]: Faculté de médecine de Tours; 2017.
53. Le Comité de Médecine Générale. La visite à domicile, l'enjeu : pourquoi, pour qui, comment ? Propositions du CMG [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/06/VISITE-A-DOMICILE.pdf>
54. Pezel T. Réussite à la LCA. Editions Vuibert; 2018.
55. Assurance Maladie. Annuaire Santé Ameli [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://annuaire.sante.ameli.fr/>
56. DREES. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
57. Dr Bouet P, Dr Gerard-Varet JF. Atlas de la démographie médicale en France. Ordre National des Médecins; 2022.

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 : RIBARO Prénom : Estelle

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 Strasbourg, le 13/12/2024

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

RESUME :

Le vieillissement de la population est un phénomène établi depuis plusieurs décennies dans les pays développés. Ce vieillissement de la population s'associe à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et du nombre de personnes polypathologiques. Or, le système de soins est actuellement fortement impacté par des problématiques de démographie médicale, notamment dans le secteur public. Le gouvernement a ainsi instauré une politique sanitaire recentrée sur le secteur ambulatoire. L'HAD s'inscrit pleinement dans cette stratégie nationale de santé en se positionnant en tant qu'offre de soins ambulatoires et en répondant à l'enjeu de diminution de l'hébergement hospitalier. La bonne implantation territoriale et le fonctionnement efficace de cette activité de soins dépendent de l'implication des médecins généralistes, véritables pivots de son organisation. Toutefois, leur investissement reste encore mitigé.

C'est une étude quantitative transversale observationnelle descriptive, qui a été menée par le biais d'un questionnaire auto-administré en ligne. Cette étude évalue les freins au recours à l'HAD par les médecins généralistes exerçant dans la zone d'intervention de l'Aural HAD de Strasbourg. L'échantillon comprends quarante-quatre médecins généralistes installés dans la zone d'intervention de l'Aural HAD.

Notre étude a souligné quatre principaux freins au recours à l'HAD : L'imprécision des critères d'admission en HAD et la méconnaissance de l'outil ADOP-HAD, la tablette informatique, son aspect chronophage et le changement d'équipe paramédicale habituelle si elle refuse de travailler avec le dispositif d'HAD. L'absence de sollicitation du médecin traitant lors de la mise en place de l'HAD est également un frein au recours à l'HAD.

Notre étude a mis en évidence des solutions susceptibles de lever ces freins, tels que la facilitation de l'hospitalisation conventionnelle en cas d'événement intercurrent et l'instauration d'une cotation spécifique pour les infirmiers/ières en charge du patient.

Tous ces freins et leurs implications peuvent compromettre l'efficacité et la qualité des soins des patients éligibles à une HAD. Les identifier permet d'avoir des pistes d'amélioration pour encourager son utilisation.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Hospitalisation à domicile ; Soins de santé primaire ; Gestion des soins aux patients

Président : Professeur Georges KALTENBACH

Assesseurs : Docteur Ramone MOLÉ-FUHRER (directrice de thèse), Professeur Laurent CALVEL, Docteur Maud WAGNER-DELAHAIE

Adresse de l'auteur : 5A boulevard du Président Wilson 67000 Strasbourg