



HAL
open science

Hospitalisation à Domicile : expérience des médecins généralistes d'Ajaccio et ses grands alentours

Marianne Esteve

► **To cite this version:**

Marianne Esteve. Hospitalisation à Domicile : expérience des médecins généralistes d'Ajaccio et ses grands alentours. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01892189

HAL Id: dumas-01892189

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01892189>

Submitted on 10 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Hospitalisation à Domicile : Expérience des médecins généralistes
d' Ajaccio et ses grands alentours**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 20 Octobre 2017

Par Madame Marianne ESTEVE

Née le 26 août 1988 à Limoges (87)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SCHLEINITZ Nicolas

Président

Monsieur le Professeur GREILLIER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Monsieur le Docteur FANTON Yves

Directeur

**Hospitalisation à Domicile : Expérience des médecins généralistes
d'Ajaccio et ses grands alentours**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 20 Octobre 2017

Par Madame Marianne ESTEVE

Née le 26 août 1988 à Limoges (87)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SCHLEINITZ Nicolas	Président
Monsieur le Professeur GREILLIER Laurent	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	Assesseur
Monsieur le Docteur FANTON Yves	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

 EBBO Mikael (MCU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

 BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Schleinitz, je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ma thèse.

A mes membres de jury, Monsieur le Professeur Greillier et le Monsieur le Docteur Gentile, merci de me faire l'honneur de siéger à mon jury et de juger mon travail.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Fanton, je vous remercie de m'avoir épaulée dans la réalisation de ce travail qui marquera l'aboutissement de mes études. Ce fut un plaisir de travailler avec vous pendant ces 6 mois de stage.

A l'ensemble des médecins d'Ajaccio ayant accepté de participer à ma thèse, merci pour vos témoignages enrichissants.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir permis d'en arriver là.

A ma mère, sans qui je ne serais pas arrivée là ou j'en suis, depuis les textes de sciences humaines aux quiches faites avec amour qui m'ont sauvé la vie en garde. Merci maman.

A mon père, merci pour ta patience et ton soutien depuis toutes ces années.

A mes tantes, oncles et cousins, qui suivez mon évolution de loin, vous me manquez. Un grand merci à Alexandre pour son implication dans mon travail, je te dois de vraies vacances !

A Steven et à notre crevette, merci de m'avoir supporté dans les moments de doute et de stress, je vous souhaite une belle vie, je t'aime.

A ma nouvelle famille Corse, Philippe, Murielle, Victoria, Laurent, rencontrer des gens bien n'est pas donné à tout le monde, je suis heureuse de vous avoir dans ma vie.

Au personnel de la BU, ma deuxième maison pendant de nombreuses années, merci pour votre soutien. Un grand merci en particulier à Patrick Hamaid de m'avoir conseillé pour la mise en forme de ma bibliographie, à Thierry Allouche pour son aide dans ma recherche documentaire, et à Florence Chassang pour la formation documentaire.

Aux amis de fac, qu'il est long le chemin parcouru depuis les bancs de la P1 !

A élénou, ma fidèle partenaire de BU, à Audrey L, Mathieu, Marine D, à tous ces moments de souffrance mais aussi à cette soirée de fin d'ECN que je n'oublierai jamais, merci d'avoir partagé ces moments riches en émotion.

A Sophie, sans qui je ne serais sûrement jamais venue en Corse, merci de m'avoir fait découvrir ton île ! Je te souhaite une belle carrière et ce sera un plaisir de t'avoir pour consœur et amie.

A Laura, qui m'a guidé sur le chemin laborieux de la thèse, merci de m'avoir fait profiter de ton expérience. Tu es la preuve qu'on peut ne pas écouter en cours et être une fille brillante ! Merci pour tout Dr louloucoptère.

A mon premier semestre à Ajaccio, le plus magique de tous, une pensée pour les exilés (Prost Sophie et Tom Tom !)

A mes co-internes d'Avignon, merci pour tous nos fous rire.

Aux amis d'ici et d'ailleurs,

A la folle équipe : Caro, Marion, Océ, toujours à mes côtés depuis toutes ces années, merci pour votre amitié.

A Dodo, ma plus belle rencontre Corse, merci pour tous ces moments passés en ta compagnie.

Aux Aixois, Cécile, Nico (1, 2, 3...mais arrêtez avec ce prénom !), Séb, Emilie, de belles rencontres qui m'ont permis de m'évader pendant mes études. Merci pour votre présence.

A flo, mon mécanicien personnel.

A la team UCPA, ça m'a coûté de vous abandonner pour les Canaries mais ce n'est que partie remise. Merci pour ces belles rencontres inattendues.

A tous les autres qui ont croisé ma route et l'on rendu plus belle, merci.

SOMMAIRE

I. Introduction	3
II. Généralités sur l'HAD en France	5
A. Historique	5
B. Définition et organisation de l'HAD	11
1. Définitions	11
2. Champ d'application de l'HAD	12
3. Les différents intervenants	14
4. Le système financier	18
5. Le médicament au sein de l'HAD	20
C. L'HAD en chiffres	21
1. Evolution	21
2. La répartition	22
3. Caractéristiques des patients	23
4. Modes de prise en charge principaux	25
III. L'HAD d'Ajaccio	27
A. Présentation de l'UMCS	27
B. Couverture géographique de la structure	29
C. Organisation de l'HAD UMCS	31
D. Evolution de la structure	31
E. Rapport d'activité de l'année 2016	32
1. Caractéristiques des patients	32
2. Croissance	34
IV. Méthode	36
A. Le type d'étude	36
B. L'échantillon	36
C. Les questionnaires	37
D. Recueil des données	38
E. Analyse des données	39
V. Résultats	40
A. Caractéristiques de la population	40
B. Résultats concernant les médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD	40
1. Etat des connaissances	41

2.	Freins à l'utilisation de l'HAD	42
3.	Alternatives à l'HAD	43
C.	Résultats concernant les médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD	44
1.	Expérience de la structure	45
2.	Le médecin coordonnateur	48
3.	Communication avec la structure.....	51
4.	A propos des réunions hebdomadaires	54
D.	Aspect financier	55
E.	Ressenti	56
1.	Problèmes soulevés	57
2.	Motifs de recours peu fréquent à l'HAD par les médecins traitants	58
3.	Ouverture et propositions d'amélioration	59
VI.	Discussion	61
A.	Forces et limites de l'étude	61
1.	Les forces	61
2.	Les limites.....	61
B.	Caractéristiques des médecins interrogés	62
C.	Réponse à la question de l'étude	63
1.	Etat des connaissances	64
2.	Expérience de la structure	65
3.	Le médecin coordonnateur	65
4.	La communication.....	66
5.	Aspect financier	67
6.	Freins à l'HAD.....	68
7.	Propositions d'amélioration et ouverture.....	70
VII.	Conclusion	74
VIII.	Bibliographie	76
IX.	Annexes	80
1.	Questionnaire quantitatif recueillant les caractéristiques des médecins interrogés	80
2.	Guide d'entretien individuel semi-dirigé des médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD	80
3.	Guide d'entretien individuel semi-dirigé des médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD	81

I. Introduction

La médecine du XXIème siècle doit faire face à de nouveaux problèmes. A une époque où la demande de soins est en croissance permanente, le nombre de structures pouvant prendre en charge les patients n'est pas extensible.

Se rajoute à ce phénomène le vieillissement de la population avec en conséquence une augmentation du taux de pathologies chroniques et de dépendance, ainsi qu'une volonté affirmée des patients de privilégier une prise en charge au domicile.

Les enjeux économiques actuels quant à eux, sont en faveur d'une réduction de la durée d'hospitalisation et d'une réduction du nombre de lits disponibles.

C'est dans ce contexte que l'hospitalisation à domicile (HAD) prend toute son importance, reconnue en tant que structure hospitalière alternative à l'hospitalisation conventionnelle depuis la circulaire du 4 Février 2004 (1).

L'HAD permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés.

Issu du concept "Home Care" qui a vu le jour en 1945 en Amérique, ce n'est qu'en 1957 que le premier établissement d'HAD a vu le jour en France, à Paris, initialement dans le but de désengorger les hôpitaux et de développer une prise en charge technique au domicile des patients (2).

Par la suite, l'HAD a gagné en compétences et en technicité tout en gardant des qualités humaines. Les structures se sont progressivement développées sur l'ensemble du territoire français, encouragées par les pouvoirs publics qui ont su adapter les réglementations en fonction des besoins.

Il existe à ce jour 308 structures d'HAD en France, prenant en charge 110 000 patients (3).

Mais si l'HAD a connu un développement important, la courbe de croissance semble s'infléchir ces dernières années (4).

En effet si la majorité des prescriptions d'HAD sont issues des structures hospitalières, il n'en demeure pas moins que le médecin généraliste libéral possède un rôle primordial dans le fonctionnement de l'HAD.

Or la circulaire du 6 décembre 2006 (5) relative à l'HAD signalait déjà un défaut d'utilisation de ces structures par les médecins généralistes du fait du manque d'information les concernant. Si au fil des années plusieurs lois et décrets donnèrent de plus en plus de pouvoirs aux organismes d'HAD, il en ressort néanmoins que ces structures ne sont pas utilisées au maximum de leurs capacités en partie du fait du défaut de connaissances de leurs prescripteurs.

Dans ce contexte il semble intéressant d'interroger directement les médecins généralistes concernant ces structures. L'objectif de cette étude étant de déterminer quel est le ressenti des médecins généralistes concernant l'HAD, afin d'en faire ressortir d'éventuels axes d'amélioration pour une meilleure utilisation.

II. Généralités sur l'HAD en France

A. Historique

Le concept initial a vu le jour aux Etats Unis en 1947, avec le Professeur Bluestone de l'hôpital Montefiore à New York. Appelé « Home care », ce concept avait pour but principal de désengorger les hôpitaux en permettant aux médecins hospitaliers de poursuivre la prise en charge des patients directement à leur domicile.

Ce n'est qu'à partir de 1957 que ce concept apparaît en France, à l'initiative du Professeur Siguiet de l'hôpital Tenon à Paris, avec la création de la première Hospitalisation à Domicile par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (6).

Les objectifs initialement mis en avant étaient, comme pour le Professeur Bluestone, un désengorgement des services hospitaliers, mais également une réinsertion du patient dans le milieu familial tout en apportant un relais de soins et de confort. Le médecin libéral était intégré d'emblée dans le concept, à la différence du système Américain.

Un an plus tard une structure similaire a vu le jour, créée par le Professeur Denoix de l'Institut Gustave-Roussy, à Puteaux. La spécificité de celle-ci, nommée « Santé Services », était d'être spécialisée dans la prise en charge de patients cancéreux.

La reconnaissance de cette prise en charge eut lieu en 1961 avec la signature de la première convention entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et ces deux structures (2).

Mais ce n'est qu'en Décembre 1970 que fut publiée la première loi reconnaissant légalement l'HAD en tant que prolongement de la prise en charge hospitalière au domicile). Il était ainsi précisé que « 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. » (7).

Initialement, seuls les patients hospitalisés pouvaient bénéficier de cette prise en charge, mais aucune modalité de mise en œuvre de l'HAD n'était précisée. Cette loi ne fut d'ailleurs jamais suivie de décret d'application.

Peu après, en 1973, fut créée la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) regroupant les structures d'HAD existantes. Les missions de cet organisme étaient de promouvoir l'identité et le rôle de l'HAD, de la défendre auprès des pouvoirs publics et de l'ancrer dans les dispositifs sanitaires. Mais également d'œuvrer à son développement sur tout le territoire national afin d'en favoriser l'accès à toute la population (8).

Un an plus tard, devant la constatation d'un manque d'organisation dû au développement anarchique de ces structures et à l'absence de cohésion dans les différentes formules de soins proposées, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) élaborait une convention visant à fixer les règles de fonctionnement de l'HAD, notamment les critères de prise en charge ainsi que le nombre de lits attribués.

Le but était à ce moment-là de « dispenser des soins à une catégorie de malades qui ne peuvent pas utiliser les moyens déjà existants des soins ambulatoires ou à domicile et doivent bénéficier d'une densité de soins plus intense, impliquant une coordination poussée entre médecin hospitalier, médecin traitant et auxiliaires médicaux. » (9)

En Mars 1986 le ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale étendit le champ des indications de prise en charge par l'HAD, pathologies psychiatriques exclues. Il positionna l'HAD comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle et désormais des patients non hospitalisés initialement pouvaient relever de la prise en charge par l'HAD.

Il était prôné le développement de ces structures alternatives à l'hospitalisation mais celui-ci ne pouvait se faire que par redéploiement interne des services hospitaliers. Or ce système restait encore très méconnu des médecins hospitaliers et son mode de financement par dotation globale ne le rendait pas attractif aux yeux des prescripteurs (10) .

C'est pourquoi le nombre de structures d'HAD en France a peu évolué jusque dans les années 90.

La loi du 31 Juillet 1991 permit une avancée. Elle redéfinit l'HAD ainsi : « Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état

de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 712-8. » (11)

Apparaît également la notion de coordination des soins, de permanence des soins et de continuité de la prise en charge 24h/24 avec la création du médecin coordonnateur, et la nécessité d'un cadre infirmier pour 30 places d'HAD. La prescription de l'HAD pouvait désormais être faite par un médecin libéral après accord du médecin coordonnateur.

La répartition des places d'HAD se faisait à cette époque selon la carte sanitaire. Dans les zones où les moyens d'hospitalisation étaient excédentaires, la création d'un lit d'HAD venait en remplacement d'un lit d'hospitalisation conventionnelle, voire de deux lits si l'excédent était supérieur à 25%.

Cette mesure contribua, en grande partie, au manque de développement de ces structures dans les années 1990, du fait d'une notion induite de concurrence avec le système hospitalier.

Apparaissait également la notion de l'accompagnement de la fin de vie comme étant une préoccupation importante des Français. Étudié par le gouvernement en place il en ressortit en 1998 la mise en place du plan triennal de développement des soins palliatifs, dont l'un des principaux axes était le soutien de la prise en charge à domicile (12).

A cette époque il existait 68 organismes d'HAD pour 3908 places autorisées, réparties de façon inégale sur le territoire.

C'est alors qu'en 2000 le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité éditait une circulaire ayant pour objectif de redéfinir les missions de l'HAD et de préciser sa place parmi les structures de soins à domicile ainsi que d'améliorer la qualité de prise en charge des patients (13) (14).

Le champ d'intervention de l'HAD était ainsi défini :

« L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service,

seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. »

Il en ressortait la nécessité de la mise en place d'un projet thérapeutique clinique et psychosocial, avec une évaluation médicale hebdomadaire et des passages infirmiers quotidiens.

Trois types de soins étaient alors définis :

- Les soins ponctuels ;
- Les soins continus ;
- La réadaptation au domicile.

La qualification du séjour se faisait désormais en fonction de l'indice de Karnofsky (indice de dépendance du patient), du type de soins, et du mode de prise en charge.

Cette circulaire insistait également sur la nécessité de développer ces structures au niveau régional, en particulier en milieu rural devant une population âgée. La répartition des structures d'HAD sur le territoire français restant très inégale.

Elle redéfinissait le rôle des différents intervenants au sein de la structure et impliquait la nécessité de former le personnel libéral en particulier dans le domaine de la douleur et des soins palliatifs.

Ce n'est qu'à partir de 2003 que le taux de change fut supprimé et que l'HAD a été intégrée dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) afin de permettre la création d'HAD à partir des établissements de santé de proximité et des hôpitaux locaux (15).

La circulaire de 2004 ouvrait les indications de l'HAD au secteur de la psychiatrie, de la pédiatrie et de la périnatalité en précisant leurs missions et leurs modalités de prise en charge (1).

Depuis la loi de financement de la Sécurité Sociale du 21 Septembre 2006 les établissements d'HAD sont financés pour la totalité de leur activité par une tarification à l'activité (T2A) (16).

Les budgets attribués aux structures sont désormais calculés en fonction de l'activité produite.

Ce système de rémunération permet une meilleure visibilité concernant l'activité au sein de l'HAD et sera plus valorisant par la suite concernant son développement.

En 2009 la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) reconnaît le caractère d'établissements de santé aux structures d'HAD, impliquant le respect du code de la Santé Publique et les mêmes contraintes que les structures hospitalières. Les structures d'HAD doivent obtenir une autorisation d'implantation délivrée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et assurer des soins polyvalents et continus (24h/24 et 7j/7) (17).

Depuis 2012, le périmètre d'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile s'est étendu aux établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement (18) (19). Le développement de l'HAD en EHPAD reste timide, représentant 5,5% des journées totales d'HAD en 2015 avec malgré tout une hausse de 17,8% par rapport à 2014.

Différentes législations publiées en 2015 et 2016 montrent que les pouvoirs publics ont pris conscience du manque d'exploitation de l'offre de soins proposée par l'HAD et multiplient les mesures incitatives à son développement.

Notamment comme la Loi de modernisation de notre système de santé du 20 Janvier 2016 qui rappelle la nécessité pour les établissements d'HAD d'être intégrés au fonctionnement des plates-formes territoriales, à la coordination des parcours de santé complexes, ainsi qu'à l'élaboration des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire entre autres (20).

Concernant le domaine spécifique des soins palliatifs, l'article 4 de la loi sur la fin de vie du 2 février 2016 stipule que « Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. » (21)

Actuellement en 2016 l'HAD compte 308 organismes répartis sur le territoire pour 110 000 patients hospitalisés.

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4 : actuelle
Période	1960-1980	1980-1992	1992-2000	2000-2004
Développement de l'HAD	Écllosion désordonnée et « spontanée » répondant à un besoin de « désengorger » les services hospitaliers.	Stagnation relative.	Structuration législative.	Nouvel essor. Approche plus qualitative
Aspects juridiques	– Loi hospitalière de 1970 – Circulaire de 1974.	Circulaire de 1986.	Loi hospitalière de 1991, décrets de 1992.	– Circulaire du 30 mai 2000, – ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003, – circulaire d'octobre 2003, – circulaire de février 2004.
Aspects financiers		Budget global et moyens constants.	– Moyens constants, « taux de change », – tarifications hétérogènes entre les HAD.	– Suppression du « taux de change » et de la carte sanitaire. – Tarification à l'acte : CMBJ ¹ plus pondération nécessitant une description claire des prises en charges réalisées.
Population cible	Patients hospitalisés uniquement.	Patients hospitalisés ou suivis en consultation externe.	Tous patients sauf les malades mentaux.	Tous patients – HAD généraliste. – HAD en périnatalité. – HAD pédiatrique. – HAD psychiatrique.
Prescription de l'HAD	Sur prescription hospitalière stricte.	Sur prescription hospitalière et libérale.	Sur prescription hospitalière et libérale plus accord du médecin coordinateur.	
Indications	Sur indications limitées.	Toutes indications sauf les maladies mentales.		Toutes indications.
Coordinateur	Pas de coordinateur : c'est le rôle du médecin traitant.	IDE ² coordinatrice et médecin coordinateur.	IDE coordinatrice pour trente places et médecin coordinateur.	
Continuité de la prise en charge	Pas de continuité de la prise en charge.	Continuité de la prise en charge assurée par le médecin traitant.	Continuité de la prise en charge assurée par l'HAD 24 heures sur 24.	
Nombre de structures	0 à 20 structures dont les deux plus importantes : APHP et Santé Service.	20 à 41 structures de petites tailles.	41 à 76 structures.	Objectif : doublement des places d'HAD d'ici fin 2005 : 8 000 places.

1 CMBJ : coût médical de base journalier.

2 IDE : infirmière diplômée d'État.

Figure 1 : Tableau récapitulatif des différentes phases de développement de l'HAD depuis son apparition en France.

B. Définition et organisation de l'HAD

1. Définitions

L'article R.6121-4 du code de la santé publique définit l'HAD ainsi :

« Les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, 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. » (22)

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement. Ils doivent donc répondre aux mêmes critères de qualité des soins, de sécurité, de certification, de continuité des soins, de lutte contre les infections nosocomiales et d'accréditation entre autres.

Chaque structure doit avoir son propre règlement intérieur.

Selon l'article D.6124-309 du Code de la Santé Publique, « les structures d'HAD sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionnent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour répondre à l'ensemble des besoins en soins des patients pris en charge. L'organisation de cette permanence doit être précisée dans le règlement intérieur de la structure. » (23)

« Bien que généraliste et polyvalente, toute structure d'HAD peut développer en son sein des compétences propres, des expertises sur des disciplines particulières dominantes qui ne remettent pas en cause la polyvalence, ces interventions étant assurées par des personnels spécialisés. » (5)

2. Champ d'application de l'HAD

L'Hospitalisation à Domicile concerne les patients atteints d'une pathologie grave, aiguë ou chronique, stable ou non, qui nécessitent des soins complexes ou relevant d'une technicité spécifique, et qui en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé.

Le passage en HAD peut avoir lieu dans les suites d'une hospitalisation ou à partir du domicile directement, à la demande du médecin généraliste, conformément à la loi du 31 Juillet 1991 (11).

Trois types de soins peuvent être fournis :

- **Les soins ponctuels** : techniques et complexes, chez un patient ayant une pathologie non stabilisée et pour une durée déterminée ;
- **Les soins continus** : concernant les pathologies évolutives, pour une durée indéterminée, il s'agit de soins techniques, plus ou moins complexes, soins de maintien et d'entretien de la vie ;
- **La réadaptation au domicile** : pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie.

Peuvent être pris en charge par l'HAD des patients de tout âge, dans des disciplines variées telles que la cancérologie, l'hématologie, la cardiologie, la neurologie, les maladies infectieuses, l'obstétrique, la pédiatrie, les soins de suite et de réadaptation...

Les soins proposés peuvent être : de la chimiothérapie, de l'antibiothérapie, une analgésie, une alimentation parentérale, une assistance respiratoire, des transfusions, un accompagnement de fin de vie, des pansements complexes, une surveillance post chirurgicale, une rééducation fonctionnelle, un suivi de grossesse à risque...(13).

Les critères de non inclusion en HAD sont les suivants :

- Patient relevant uniquement de soins à l'acte, non coordonnés ;
- Patient relevant de soins infirmiers à domicile ;
- Patient dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont il relève.

Avant toute prise en charge il doit être établi un projet thérapeutique qui définit l'ensemble des soins nécessaires au niveau médical, paramédical, psychologique et social. Ce projet doit ensuite être validé par l'ensemble de l'équipe.

Il est établi par le médecin prescripteur, que ce soit le médecin hospitalier référent ou le médecin traitant, et est soumis à la validation par le médecin coordonnateur avant l'admission.

L'équipe paramédicale évalue également la charge de soins et donne son accord sur le projet de soins.

L'enquête sociale réalisée auprès de la famille doit être favorable à la mise en place des soins au domicile.

La mise en place du projet thérapeutique implique une coordination des soins, selon le décret du 2 octobre 1992 codifié par l'article R. 712-2-1 du code de la santé publique (24), une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient, et des passages quasi quotidiens d'infirmiers qualifiés ou d'autres professionnels paramédicaux.

L'HAD comporte actuellement 22 modes de prise en charge principaux, avec l'apparition du MPP 29 qui concerne la sortie précoce de chirurgie (25).

Mode de prise en charge principal (MPP)	Pondération
01 – Assistance respiratoire	2,1
02 – Nutrition parentérale	1,9
03 – Traitement intraveineux	2,1303
04 – Soins palliatifs	2,066
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	2,0066
06 – Nutrition entérale	1,7686
07 – Prise en charge de la douleur	1,7686
08 – Autres traitements	1,7686
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,6146
10 – Posttraitement chirurgical	1,6146
11 – Rééducation orthopédique	1,4376
12 – Rééducation neurologique	1,4376
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,4241
14 – Soins de nursing lourds	1,3521
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1
17 – Surveillance de radiothérapie	1,15
18 – Transfusion sanguine	2,15
19 – Surveillance de grossesse à risque	1
21 – <i>Post partum</i> pathologique	1,15
22 – Prise en charge du nouveau-né à risque	1
24 – Surveillance d'aplasie	1,201
29 – Sortie précoce de chirurgie	1,6146

Figure 2 : Pondérations individuelles des modes de prise en charge principal

3. Les différents intervenants

Le médecin traitant :

Depuis l'apparition du concept d'HAD en France, le médecin libéral a été placé au centre de la prise en charge du patient.

Depuis la loi du 31 Juillet 1991, la prescription de l'HAD peut désormais être faite par un médecin libéral après accord du médecin coordonnateur (11).

Le médecin traitant est librement choisi par le malade, qu'il soit prescripteur ou non de l'HAD.

Il doit valider le projet thérapeutique élaboré et être en accord avec le principe du retour du patient au domicile.

Il réévalue l'état de santé du patient au domicile de manière systématique et fréquente et adapte son traitement en lien avec le service de référence.

Il peut décider de la nécessité d'une ré-hospitalisation.

Il travaille en coordination avec le médecin coordonnateur et le médecin hospitalier référent.

L'action médicale doit être enregistrée dans le dossier médical au chevet du patient, et le médecin traitant doit adresser périodiquement un relevé de ses actes à l'HAD.

Le médecin coordonnateur :

Son rôle est créé par la loi du 31 Juillet 1991 et est redéfini dans la circulaire du 30 Mai 2000 ainsi que dans celle du 1^{er} Décembre 2006 (11) (13) (5).

Son rôle actuel est donc défini ainsi :

- Etre le référent médical de l'HAD, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur ;
- Avoir le statut de salarié de la structure ou être lié à celle-ci par un contrat avec un autre établissement de santé ;
- Organiser le fonctionnement médical et l'évaluation de la structure d'HAD ;
- Donner son avis avant toute admission et toute sortie du patient en HAD ;
- Evaluer l'adéquation du projet thérapeutique choisi par le médecin prescripteur avec les possibilités de l'HAD afin d'assurer au patient une sécurité maximale. Le projet sera par la suite régulièrement réévalué au cours du séjour, en concertation avec le médecin traitant et l'équipe soignante ;
- Coordonner les informations entre les différents praticiens : médecin hospitalier et médecin traitant notamment ;
- Ne prescrit pas, sauf en cas d'urgence, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant ;

- Encadrer la formation de l'équipe soignante dans certains domaines spécialisés tels que la douleur ;
- Assurer une évaluation de la qualité et participe aux décisions stratégiques de l'établissement ;
- Etre responsable de la qualité de la saisie de l'information médicalisée dans le cadre de la T2A.

Le médecin hospitalier :

Initialement le seul médecin pouvant être à l'origine de la prescription de l'HAD pour ces patients hospitalisés, son rôle s'est maintenant diversifié.

En tant que médecin prescripteur de l'HAD il s'engage à fournir les informations médicales relatives au patient hospitalisé. Il élabore un projet thérapeutique clinique et psycho social avec une coordination des soins en accord avec l'HAD.

Il participe à la formation des médecins traitants et du personnel soignant et s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier et à le ré-hospitaliser si nécessaire.

Il peut également revêtir un rôle de médecin référent auprès de l'HAD concernant son domaine spécialisé, et ainsi mettre au point des procédures et protocoles thérapeutiques pour la pathologie concernée.

Il collabore avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant pour le bénéfice du patient.

L'équipe infirmière :

L'infirmière coordinatrice/le cadre infirmier :

La notion de coordination des soins apparaît dès 1986 avec la nécessité d'un cadre infirmier expérimenté. Mais c'est la loi du 31 Juillet 1991 qui redéfinit ce rôle et précise la nécessité d'un cadre infirmier pour 30 places d'HAD (11).

Le cadre infirmier est salarié de la structure d'HAD et assure des fonctions de coordination des soins en appui du médecin coordonnateur auprès des paramédicaux employés ou rémunérés par l'HAD.

Il rencontre le patient et son entourage avant l'admission afin d'évaluer la faisabilité d'un retour à domicile et d'anticiper l'organisation à mettre en place pour assurer la sécurité du patient.

Il collecte les données administratives et médicales nécessaires à la prise en charge, détermine les modalités nécessaires à la bonne réalisation du projet thérapeutique, matériel nécessaire, fréquence des passages par exemple.

Il assure la remontée des informations au médecin coordonnateur et au médecin traitant notamment.

Les infirmiers :

Dans le cas d'une structure d'HAD privée, ils peuvent être soit salariés de la structure, soit libéraux.

En cas de structure publique, la coordination des soins a lieu avec le personnel paramédical hospitalier.

Ils mettent en œuvre le protocole de soins au chevet du patient et communiquent les éléments cliniques utiles dans la prise en charge du patient au travers du dossier de soins.

La circulaire de 2000 rappelle que « le personnel libéral s'engage à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission des informations, le dossier de soins, et en particulier, à se prêter à l'évaluation de la qualité des soins. » (13)

Le service social :

Il évalue l'environnement social et les conditions de vie du patient en vue de la faisabilité du retour à domicile. C'est une condition nécessaire dans les critères d'inclusion du patient en HAD.

L'aspect social est également pris en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique.

Tout comme pour les soins médicaux, l'aspect social doit être réévalué régulièrement au cours du séjour.

Ce service permet également d'aider les familles dans les démarches socio-administratives au moment de la sortie du patient de l'HAD.

Le psychologue :

Rôle important au sein de l'HAD, il assure un soutien psychologique au patient, à son entourage et également à l'équipe soignante si nécessaire, notamment dans les cas de prise en charge palliative.

Il contribue en particulier à éviter l'épuisement de l'entourage familial, source de nombreuses ré-hospitalisation des malades.

La structure peut faire appel à un psychologue libéral si elle ne comporte pas de psychologue salarié.

Les autres intervenants :

Les structures peuvent également avoir recours à certains paramédicaux en dehors des professionnels associés de manière permanente à l'HAD, tels que: kinésithérapeutes, diététiciens, assistants sociaux, ergothérapeutes...rémunérés ponctuellement à la prestation.

4. Le système financier

Les premiers organismes d'HAD percevaient un prix de journée qui était en principe inférieur de plus de la moitié au prix de journée hospitalier. L'organisme d'HAD réglait alors lui-même les fournisseurs.

Pour les structures publiques d'HAD, les organismes ont ensuite été financés dans le cadre de la dotation globale et un tarif journalier était calculé conformément à l'article 31 du décret no 83-744 du 11 août 1983 (26).

Ce n'est que depuis la Loi de financement de la Sécurité Sociale du 21 Septembre 2006 (16) que tous les établissements d'hospitalisation à domicile publics, privés Participant au Service Public Hospitalier (PSPH), associatifs non PSPH et privés à but lucratif, sont financés pour la totalité de leur activité par une tarification à l'activité (T2A).

Elle se base sur le recueil de l'information médicalisée selon le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) qui permet de collecter des données concernant l'activité de soins au sein de la structure, règlementé par l'arrêté du 23 Décembre 2016 (27). Ces informations sont ensuite rendues anonymes et transmises à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et à l'Assurance Maladie (AM) (28).

Il est ainsi déterminé un Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC) qui comporte trois variables :

- Le mode de prise en charge principal ;
- Le mode de prise en charge associé (s'il existe) ;
- L'indice de Karnofsky (degré de dépendance du malade).

A ce GHPC va être pondéré la durée du séjour afin d'obtenir un Groupe Homogène de Tarif (GHT).

Chaque GHPC fait l'objet d'un codage informatisé (e-PMSI) qui est réévalué de manière hebdomadaire par le médecin coordonnateur. Il y a un changement de séquence dès que l'une des trois variables change (25).

Chaque séquence est ensuite subdivisée en quatre tranches régressives de pondération :

- Tranche 1 : du premier au 4^{ème} jour ;
- Tranche 2 : du 5^{ème} au 9^{ème} jour ;
- Tranche 3 : du 10^{ème} au 30^{ème} jour ;
- Tranche 4 : au-delà du 30^{ème} jour.

A chaque changement de séquence il y a retour à la première tranche.

Classes et valeurs de l'IK (%)	Pondération
90-100	1
70-80	1,23
60	1,44
50	1,71
40	1,85
30	1,91
10-20	2,1

Figure 3 : Pondérations associées à l'indice de Karnofsky (IK)

Durée de la séquence	Tranche	Pondération
du 1 ^{er} au 4 ^e jour	1	1
du 5 ^e au 9 ^e jour	2	0,7613
du 10 ^e au 30 ^e jour	3	0,6765
au-delà du 30 ^e jour	4	0,6300

Figure 4 : Pondérations affectées à chaque tranche de durée de prise en charge

A noter que l'indice de pondération croît en fonction du niveau de dépendance et décroît au cours du temps. Plus la séquence est longue, moins les coûts de prise en charge sont élevés.

En 2016 le coût moyen d'une journée d'hospitalisation à domicile est de 197,4 euros (3).

5. Le médicament au sein de l'HAD

La gestion du médicament au sein de l'HAD est régie par le code de la Santé Publique (29) (30). Deux organisations sont possibles :

Soit la structure possède une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) au sein de laquelle les médicaments sont stockés puis délivrés. Elle ne peut dans ce cas, pas s'approvisionner auprès d'une pharmacie de ville. Mais une convention peut être

signée avec la PUI d'un autre établissement afin de se faire fournir certaines préparations pharmaceutiques telles que les chimiothérapies.

Soit les besoins pharmaceutiques de la structure ne sont pas suffisants pour justifier une PUI, alors les médicaments, produits, ou objets destinés à des soins urgents peuvent être détenus et dispensés sous la responsabilité du médecin coordonnateur attaché à l'établissement ou d'un pharmacien titulaire d'officine ayant signé une convention avec la structure d'HAD. Dans ce cas les médicaments sont fournis soit par une pharmacie d'officine sur commande écrite du médecin attaché à l'établissement, soit par la pharmacie d'officine dont le titulaire a signé une convention avec l'établissement.

C. L'HAD en chiffres

1. Evolution

Les structures autorisées à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile ont assuré presque 161 000 séjours en 2015, un chiffre en hausse de 2,9% par rapport à 2014. Cela représente un nombre de 4 630 000 journées contre 4 440 000 journées en 2014, soit une hausse de 4,3% (31).

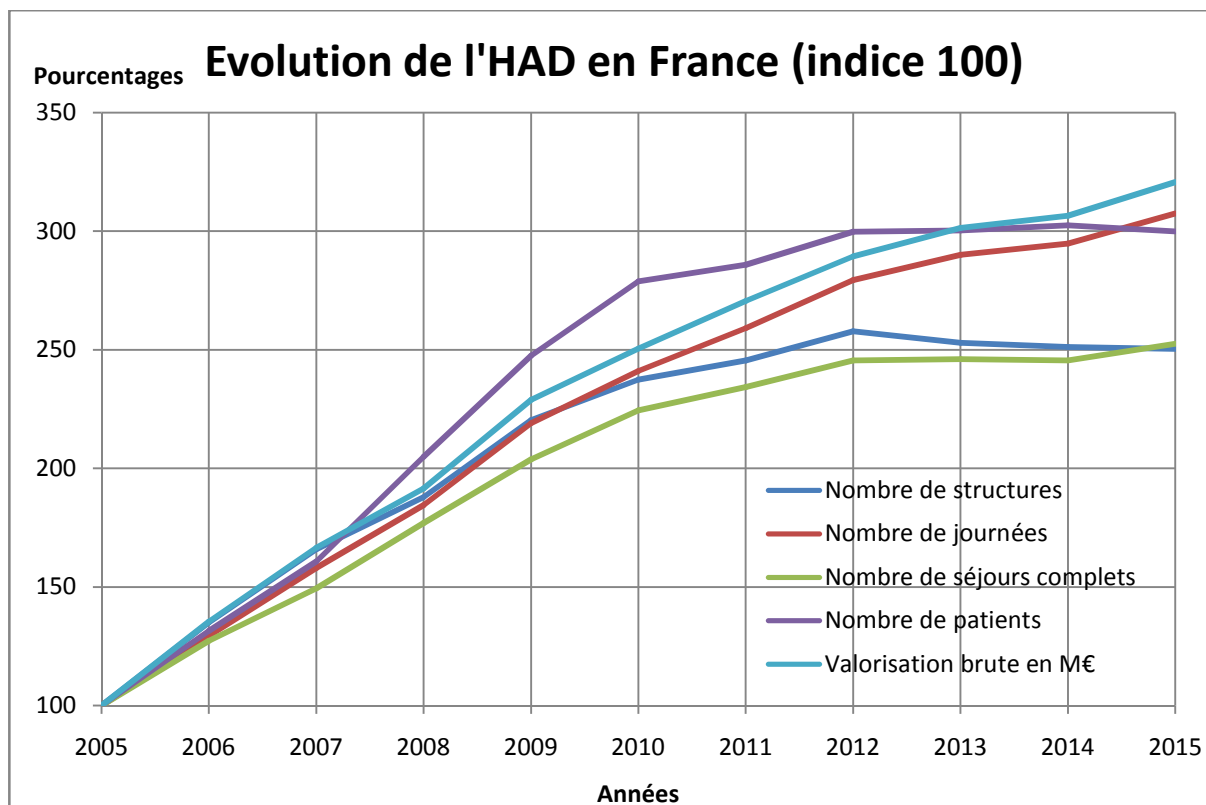


Figure 5 : Evolution de l'HAD en France entre 2005 et 2015

2. La répartition

La répartition du nombre moyen de patients pris en charge par jour reste très hétérogène sur l'ensemble du territoire Français, DOM-TOM compris, mais toutes les régions sont désormais couvertes par l'HAD.

Sur l'année 2015 les régions arrivant en tête du nombre de patients pris en charge par l'HAD pour 100 000 habitants sont la Corse (27.6), l'Aquitaine (27.3) et le Limousin (24.5). Soit une moyenne nationale de 19.2 patient pour 100 000 habitants, la circulaire du 4 décembre 2013 ayant fixé un objectif national de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants.

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS
PRIS EN CHARGE PAR JOUR
ET POUR 100 000 HABITANTS

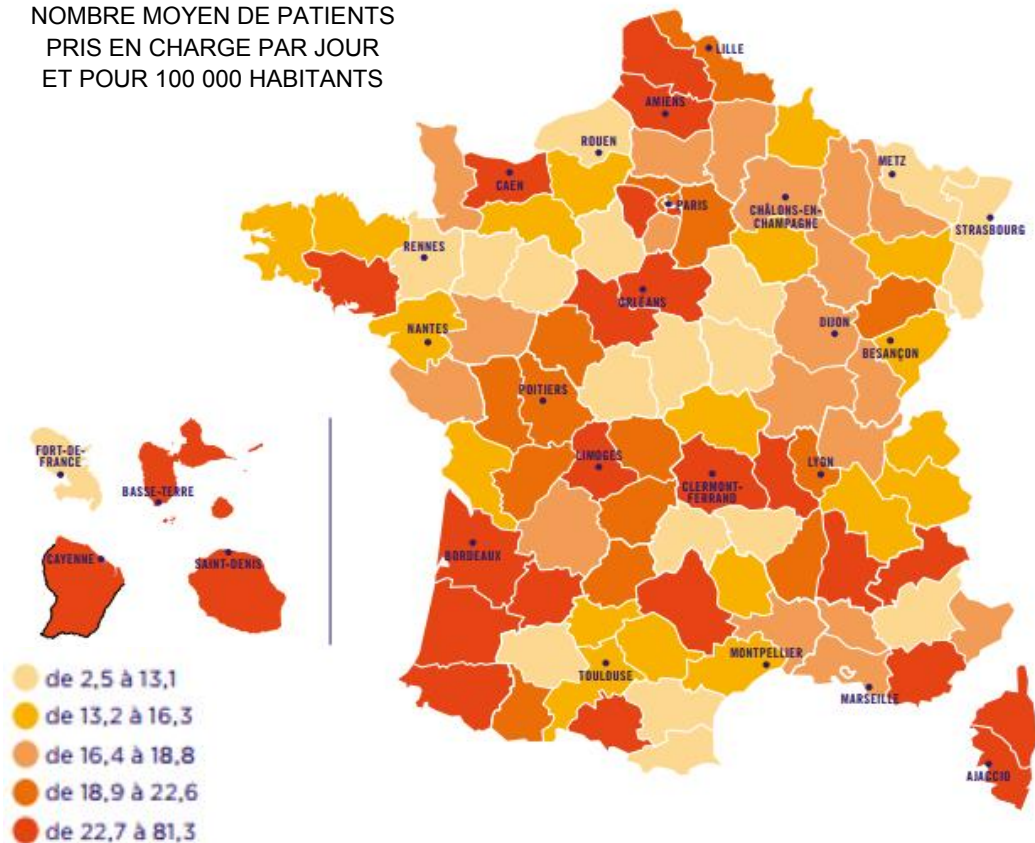


Figure 6 : Répartition nationale du nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants

On compte actuellement en France 308 organismes d'HAD, repartis entre structures publiques (41%), structures privées à but non lucratif (41%) et structures privées à but lucratif (18%).

3. Caractéristiques des patients

En 2015, l'âge moyen des patients pris en charge est de 58,5 ans. Mais si l'on pondère par le nombre de journées de présence, l'âge moyen passe à 65 ans.

La majorité des journées d'HAD (57.8%) concerne des patients dont le niveau de dépendance est élevé (indice de Karnofsky inférieur à 40%).

INDICE DE KARNOFSKI	% DES JOURNÉES	% DES JOURNÉES HORS MPP 19, 20, 21
IK 10%	0,9	0,9
IK 20%	9,8	10,3
IK 30%	24,1	25,2
IK 40%	23	24
IK 50%	17,7	18,3
IK 60%	14	13
IK 70%	6,7	5,6
IK 80%	2,4	1,6
IK 90%	0,6	0,4
IK 100%	0,8	0,8
TOTAL	100	100

Figure 7 : Répartition des journées en fonction de l'indice de Karnofsky des patients

Le principal mode d'entrée en HAD pour 69% des patients reste à partir des services d'hospitalisation conventionnelle, puis vient ensuite le domicile pour 31%.

On constate que plus de trois séjours sur cinq, initiés à partir du domicile permettent d'éviter l'hospitalisation conventionnelle (sorties vers le domicile ou décès), seuls 18% de ces patients termineront leur séjour par un transfert en hospitalisation conventionnelle.

Concernant les patients issus des services hospitaliers initialement, la majorité sortira à domicile (48%) contre 42% de ré-hospitalisation.

TRAJECTOIRE DES PATIENTS EN HAD EN 2015

(SOURCE : BASE NATIONALE – CALCULS FNEHAD)

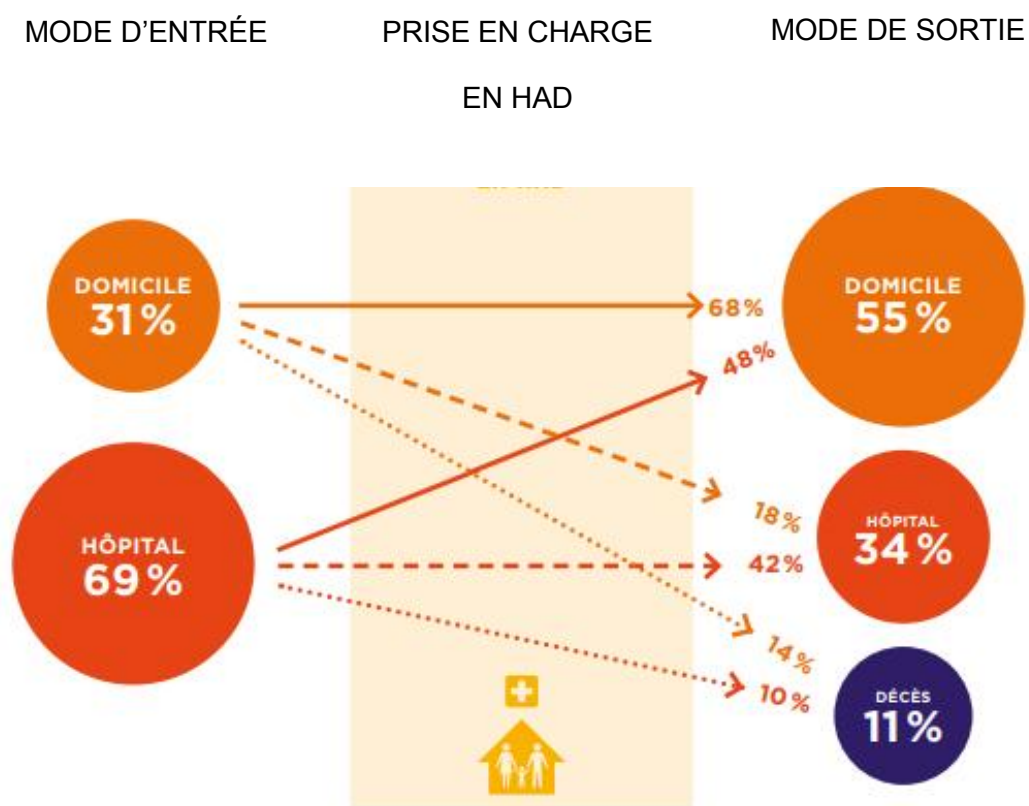


Figure 8 : Mode d'entrée et de sortie des patients en HAD en 2015

4. Modes de prise en charge principaux

Les principaux modes de prises en charge sont les pansements complexes (27% du nombre de journées), les soins palliatifs (24%) puis viennent les soins de nursing lourds (10%). On constate qu'un quart des journées d'HAD concerne des pathologies cancéreuses.

MPP STABLE	LIBELLE	2014		2015		2014/2015
		NB JOURS	%	NB JOURS	%	ÉVOLUTION
09	Pansements complexes et soins	1 106 106	25%	1 246 606	27%	12,3%
04	Soins palliatifs	1 034 688	24%	1 094 598	24%	5,8%
14	Soins de nursing lourds	491 613	11%	473 408	10%	-3,7%
06	Nutrition entérale	295878	7%	317 303	7%	7,2%
03	Traitement intraveineux	253 031	6%	271 966	6%	7,5%
13	Surveillance post-chimiothérapie	157 064	4%	171 001	4%	8,9%
01	Assistance respiratoire	127 709	3%	124 618	3%	-2,4%
19	Surveillance de grossesse à risque	117 040	3%	120 041	3%	2,6%
02	Nutrition parentérale	123 099	3%	115 877	3%	-5,9%
07	Prise en charge de la douleur	87 433	2%	106 647	2%	22%
10	Post-traitement chirurgical	101 709	2%	106 174	2%	4,4%
08	Autres traitements	101 264	2%	102 651	2%	1,4%
05	Chimiothérapie anticancéreuse	100 367	2%	95 722	2%	-4,6%
21	Post-partum pathologique	90 988	2%	69 605	2%	-23,5%
12	Rééducation neurologique	51 049	1%	53 826	1%	5,4%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	53 476	1%	53 578	1%	0,2%
11	Rééducation orthopédique	41 203	1%	33 824	1%	-17,9%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	27 364	1%	27 069	1%	-1,1%
24	Surveillance d'aplasie	8 751	0,2%	6 578	0,1%	-24,8%
17	Surveillance de radiothérapie	5 300	0,1%	3 666	0,1%	-30,8%
20	Retour précoce à domicile après	20 051	0,5%	2 704	0,1%	-86,5%
18	Transfusion sanguine	508	0,01%	595	0,01%	17,1%
TOTAL		4 395 691	100%	4 593 057	100%	4,5%

NOTE DE LECTURE : les séjours comportant au moins une journée en GT 99 ont été exclus des calculs

Figure 9 : Nombre de journées par mode de prise en charge principal : évolution entre 2014 et 2015

III. L'HAD d'Ajaccio

D. Présentation de l'UMCS

L'Union des Mutuelles de Corse Santé (UMCS) est née de la fusion des deux unions départementales : Union des Mutuelles de Corse-du-Sud et Union de Gestion des Réalisations Mutualistes de Haute-Corse, et regroupe aujourd'hui 133 mutuelles présentes sur le territoire, soit près de 120 000 adhérents (32).

Elle possède 20 établissements répartis sur la région Corse et propose un très large panel de services sanitaires et sociaux : soins et accompagnement à Domicile, centres dentaires, centres optiques, EHPAD mutualistes, consultations Santé (service Sage-femme, Ophtalmologie, Diététique, Orthophonie, Sophrologie, Hypnothérapie, Psychothérapie..), mais également crèches, services socio-éducatifs, et prévention.

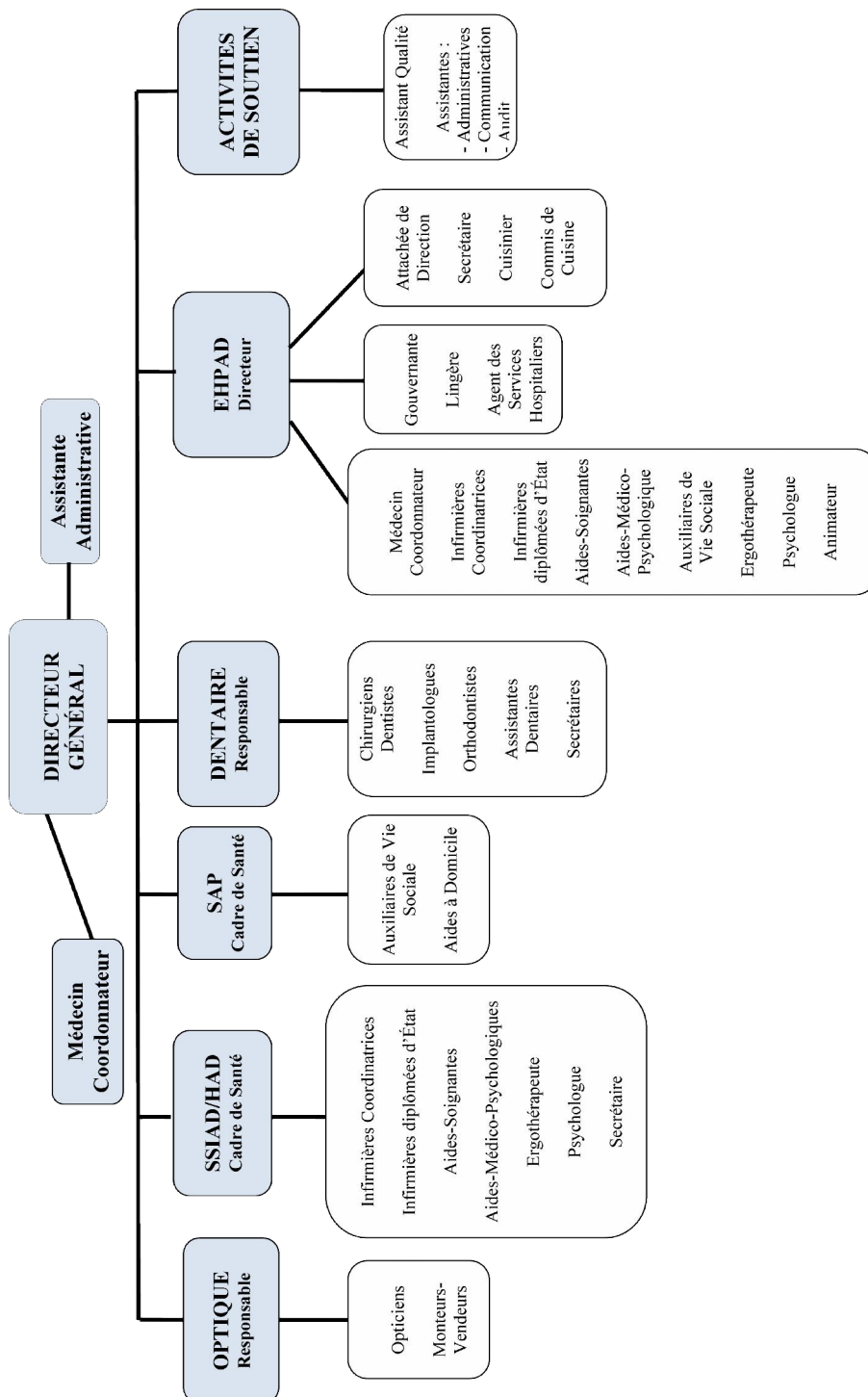


Figure 10 : Organigramme de l'UMCS

Créé en 2006, l'HAD mutualiste est placé sous la tutelle de l'Agence Régionale de Santé de Corse. Il s'agit d'une structure d'HAD privée à but non lucratif.

Ce service fait partie du réseau Santé géré par l'Union des Mutuelles de Corse Santé.

E. Couverture géographique de la structure

Le service d'Hospitalisation à Domicile de l'Union des Mutuelles de Corse du Sud est autorisé depuis le 15 juin 2006 pour une capacité de 20 places situées sur le secteur d'Ajaccio et du Grand Ajaccio.

Depuis 2014, une autorisation est délivrée dans le nord du département sur les communes de Vico, Cargèse, Piana, Porto, Sagone, ..., avec un objectif de 30 places sur le territoire couvert.

Zone de couverture
Théorique de l'HAD



Figure 11 : Rayonnement du service HAD de l'UMCS

F. Organisation de l'HAD UMCS

L'organisme comporte :

- Un cadre de santé ;
- Un infirmier coordonnateur ;
- Des infirmiers (saliariés et libéraux) ;
- Des aides-soignants ;
- Des auxiliaires de Vie Sociale ;
- Un médecin coordonnateur ;
- Un médecin référent Douleur / Soins Palliatifs ;
- Une kinésithérapeute coordinatrice ;
- Un psychologue ;
- Une technicienne administrative.

Des réunions pluridisciplinaires sont organisées de manière hebdomadaire au sein de la structure, où il est discuté de la prise en charge de chaque patient avec une réévaluation du projet thérapeutique initial. L'avis des médecins spécialistes référents peut alors être demandé lors de ces réunions.

A noter que le médecin coordonnateur de la structure exerce une activité hospitalière et est détaché sur l'HAD sur un tiers temps.

G. Evolution de la structure

Depuis sa création en 2006 la structure connaît un doublement du nombre de journées de prise en charge entre 2007 et 2008, avec un pic en 2011 à 8421. Ce nombre se stabilise par la suite aux alentours de 7000 en 2013 et 8000 en 2014 (33).

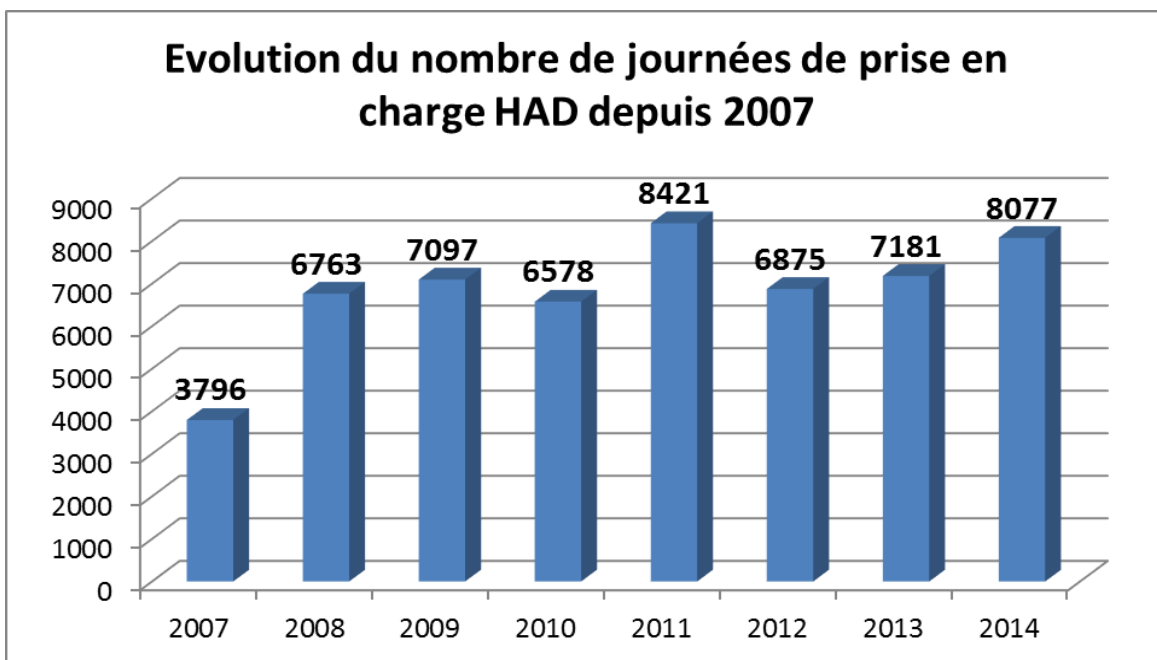


Figure 12 : Evolution du nombre de journées de prise en charge en HAD depuis 2007.

H. Rapport d'activité de l'année 2016

1. Caractéristiques des patients

On constate une moyenne d'âge élevée (71,3 ans) parmi les patients pris en charge, en effet 50.5% des patients sont âgés de plus de 75 ans, avec une majorité d'hommes (55%) par rapport aux femmes (34).

Ceci peut s'expliquer par le fait que cette structure n'intègre pas les modes de prises en charge pédiatriques et de gynécologiques.

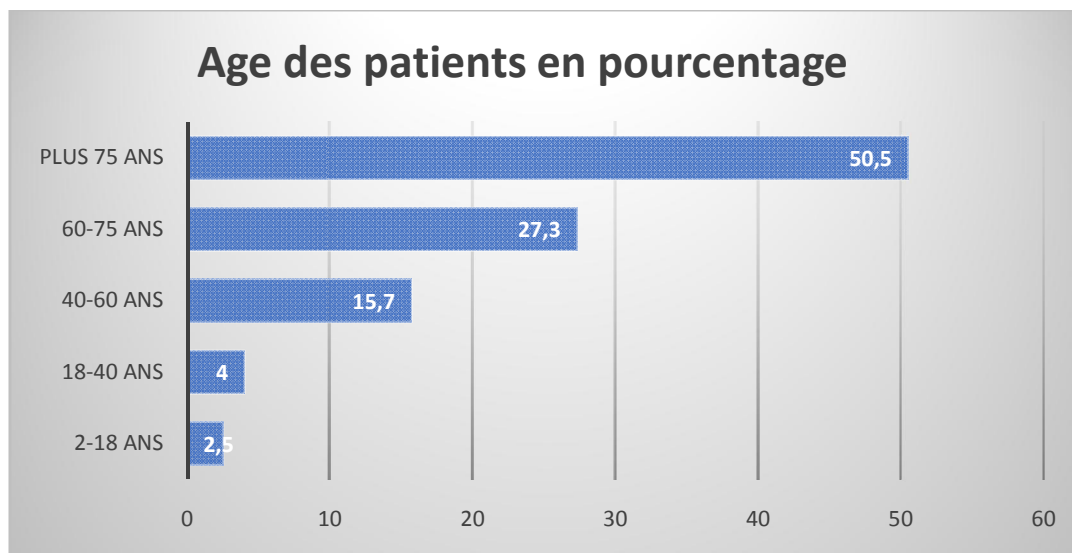


Figure 13 : Répartition des patients en fonction de l'âge au sein de l'HAD sur l'année 2016

Les trois quarts des patients pris en charge présentent un degré de dépendance important avec un indice de Karnosky inférieur ou égal à 40%.

Les principaux diagnostics des séjours sont les suivants :

- Fracture du fémur ;
- Hémiplégie ;
- Tumeur de l'estomac ;
- Tumeur du col de l'utérus ;
- Affection de la peau et du tissu cellulaire ;
- Malnutrition protéino-énergétique grave ;
- Syndrome paralytique.

Concernant le mode d'entrée des patients dans la structure on retrouve en premier lieu des transferts depuis le court séjour, à savoir les services hospitaliers, à 70%, puis depuis le domicile pour 14% des patients. Viennent ensuite les transferts depuis les structures de moyen séjour (8%) et les EHPAD (7%).

Les 3 principaux modes de sortie de l'HAD sont :

- Le transfert en court séjour : 48% ;
- Le retour à domicile : 27% ;
- Le décès : 15%.

2. Croissance

On constate une diminution du développement de la structure entre 2015 et 2016. Bien que le nombre de patients pris en charge soit passé de 129 à 137 sur un an, il est constaté une diminution de 19% du nombre de journées.

Ceci pouvant être expliqué par une sélection plus rigoureuse des patients notamment en EHPAD, entraînant une perte de 300 journées dans ce secteur. Mais également par un raccourcissement de la durée des séjours, non compensé par l'augmentation de l'activité et le codage.

Il est à noter également une diminution d'activité dans le secteur des soins palliatifs.

	2016	2015	Evolution
Nb de RAPSS	837	1 008	-17%
Nb de journées de prise en charge	7 163	8 830	-18,9%
Dont nombre de journées prise en charge en EHPAD	699	919	-23,9%
Nb de séjours clos par transfert ou mutation	93	87	6,9%
Nb de patients	137	129	-0,8%
Nb moyen de modes de prise en charge associés	1	1	6,2%
Durée moyenne des sous-séquences	8,56	8,76	-2,3%
Durée moyenne des séquences complètes	28,94	37,43	-22,7%
Durée moyenne des séjours complets	47,21	50,49	-6,5%
Nb moyen de séjours par patient	1,45	1,57	-8,2%

Figure 14 : Comparaison de l'activité entre 2015 et 2016 au sein de l'HAD d'Ajaccio

Il en ressort trois axes d'amélioration :

- Placer l'analyse médico-économique au centre du recrutement ;
- Dynamiser les codages ;
- Accentuer la présence sur le terrain.

En conclusion, si l'HAD est maintenant positionnée en tant qu'alternative à l'hospitalisation conventionnelle, il se trouve que son développement, ces dernières années, n'atteignait pas les objectifs fixés pour 2018 (35).

Par ailleurs il ressortait que les médecins généralistes, acteurs de l'HAD, paraissaient jouer un rôle dans cette constatation.

Dans ce contexte il semblait intéressant d'interroger des médecins généralistes, pivots de la prise en charge par l'HAD, en tant que prescripteurs et dans le suivi du patient. L'objectif étant d'obtenir leur ressenti concernant cette offre de soins afin de préconiser des axes d'amélioration. Dans cette étude il a été choisi d'étudier la structure d'HAD d'Ajaccio.

IV. Méthode

A. Le type d'étude

Il a été réalisé une étude de type qualitatif avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels.

Ce type d'analyse permet d'obtenir « une reformulation, une explicitation ou une théorisation d'un témoignage, d'un phénomène ou d'une expérience » (36).

L'analyse qualitative permet de comprendre des comportements, des opinions, d'étudier des phénomènes sociologiques. Ce type d'étude paraît donc adapté à l'objectif du travail qui était d'analyser un ressenti, un point de vue, sur une pratique professionnelle qu'est l'HAD.

Le recueil de l'information par des entretiens individuels permet un moment privilégié d'écoute, de partage et d'empathie avec les médecins interrogés. Il en ressort une plus grande richesse de l'information recueillie.

Une grille d'entretien avec des questions ouvertes a été réalisée afin d'orienter la discussion lors des entretiens et d'aborder tous les thèmes principaux.

B. L'échantillon

La population d'étude concerne un échantillon de médecins généralistes exerçant sur Ajaccio et ses grands alentours.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre médecin généraliste diplômé ;
- Pratiquer une activité libérale en cabinet ;
- Exercer sur la zone de couverture de l'HAD d'Ajaccio ;
- Homme ou femme ;
- Avoir accepté le consentement oral.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Etre médecin généraliste remplaçant ;
- Médecin généraliste exerçant en dehors de la zone couverte par la structure d'HAD d'Ajaccio ;
- Refus du consentement oral ;
- Médecin généraliste n'exerçant pas en cabinet.

Deux échantillons ont été constitués : un premier avec des médecins généralistes n'ayant pas travaillé avec l'HAD et un second avec des médecins généralistes ayant déjà travaillé avec l'HAD.

Pour aider à la constitution de l'échantillon des médecins ayant travaillé avec l'HAD, une liste des médecins généralistes ayant eu au moins un patient en HAD sur l'année 2016 a été communiquée par la structure. Le recrutement a été complété par une recherche dans l'annuaire des Pages Jaunes des médecins généralistes exerçant sur Ajaccio et ses alentours.

Les médecins ont été contactés par téléphone où il leur a été proposé de participer à un travail de thèse concernant leur expérience et leur ressenti vis-à-vis de la structure d'HAD d'Ajaccio.

Les médecins n'ayant pas répondu ont été relancés une fois par téléphone.

C. Les questionnaires

Elaboration d'un questionnaire et de deux grilles d'entretien :

- Un questionnaire quantitatif, recueillant les caractéristiques des médecins interrogés, comportant huit questions, et permettant d'orienter vers le guide d'entretien adapté ;

- Une grille d'entretien s'adressant aux médecins s'adressant aux médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD d'Ajaccio, comportant neuf questions abordant les thèmes suivants :
 - L'état des connaissances de la structure ;
 - Les freins à l'utilisation de l'HAD ;
 - Les alternatives à l'HAD.

- Une grille d'entretien s'adressant aux médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD comportant douze questions abordant les thèmes suivants :
 - Expérience professionnelle concernant la structure d'HAD ;
 - Le médecin coordonnateur ;
 - La communication avec la structure ;
 - L'aspect financier/la rémunération ;
 - Leur ressenti ;
 - Les ouvertures et propositions d'amélioration.

Les grilles d'entretien ont été adaptées à l'issue des premiers entretiens. Certaines questions ont été reformulées afin d'obtenir un meilleur recueil d'informations concernant les thèmes abordés.

D. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé du 02/03/17 au 13/04/17 au cabinet des médecins interrogés directement.

Les entretiens ont duré de 5 à 38 minutes et ont été réalisés en suivant la grille d'entretien.

Les questions n'étaient pas systématiquement posées dans l'ordre selon l'orientation de la discussion mais tous les thèmes ont été abordés lors de chaque entretien.

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'ils n'apportaient plus d'informations nouvelles.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Un consentement oral était recueilli au début de chaque entretien concernant l'enregistrement. L'anonymat était garanti.

E. Analyse des données

La première étape a été la retranscription mot à mot des entretiens dans leur intégralité avec le logiciel Word, selon la méthode Verbatim.

La deuxième étape a consisté en un codage couleur des différentes idées issues du verbatim et à les regrouper par thèmes correspondant aux principaux points développés

La troisième étape correspondait en une analyse globale interprétative de l'ensemble des données permettant de répondre à la question de l'étude.

V. Résultats

A. Caractéristiques de la population

Au total 21 entretiens ont été réalisés.

Sur l'ensemble des médecins contactés :

- Un a été exclu car il était remplacé pour une durée indéterminée ;
- Cinq ont refusé évoquant un manque de temps ou n'étaient pas intéressés ;
- Douze n'ont pas répondu après une première relance ;
- Un a été exclu car il a refusé d'être enregistré.

Sur les 21 médecins : cinq n'avaient pas travaillé avec l'HAD d'Ajaccio et seize l'avaient pratiqué.

B. Résultats concernant les médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD

Les caractéristiques des médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD d'Ajaccio sont regroupées dans la figure 15.

variables	
Sexe (homme, femme), n, %	4 (80%) ; 1 (20%)
Age moyen, années (minimal, maximal)	39.6 (30 ; 61)
Durée moyenne d'exercice, années	11.9
visites à domicile (oui), n, %	5 ; 100%
Activité en groupe (versus solo), n, %	4 ; 80%
Autres activités (urgences, régulation...) n, %	3 ; 60%
Nombre de patients dans la patientèle, n, %	
<500	3 ; 60%
Entre 500 et 1000	2 ; 40%

Figure 15 : récapitulatif des caractéristiques des médecins n'ayant jamais travaillé avec l'HAD

1. Etat des connaissances

- Connaissance de la structure

Quatre des médecins connaissaient la structure. Soit par des appels à la régulation du SAMU, ou via leur travail aux urgences de l'hôpital ou encore par connaissance directe du médecin coordonnateur.

Médecin n°2 : « je l'ai connu par le biais de mon activité au centre 15. C'est-à-dire des appels pour des carences régulières concernant les médecins référents, chaque fois dans le cadre des HAD. »

Médecin n°4 : « Par le médecin coordonnateur, j'ai travaillé avec lui dans son service à l'hôpital. »

Un seul médecin ne connaissait pas la structure.

- **Indications connues**

Les principales citées étaient la fin de vie et le palliatif, mais on retrouvait également : les traitements lourds, la chimiothérapie, les perfusions, les cancers, la dépendance, ou encore les refus d'hospitalisation.

- **Information**

Aucun médecin ne se sentait assez informé sur la structure et son fonctionnement.

- **Moyens d'information**

Les médecins interrogés auraient aimé être informés via des brochures, des courriers ou des mails ou encore par des représentants venant directement au cabinet, voire par un entretien avec le médecin coordonnateur.

Médecin n°1 : « Avoir au moins une carte de visite, et savoir ce que tu proposes exactement en hospitalisation à domicile parce que je ne sais pas. »

Une sensibilisation des patients également, via des affiches dans la salle d'attente était rapportée.

2. **Freins à l'utilisation de l'HAD**

Les freins à l'utilisation retrouvés à l'issu des entretiens étaient les suivants :

Un manque d'information sur la structure, notamment sur le côté administratif de la mise en place de l'HAD.

Médecin n°1 : « je ne connais pas la structure, je ne sais pas comment elle fonctionne, en fait je ne sais rien du tout. J'ai un peu de mal à savoir quand est-ce que j'en aurais besoin. »

L'absence d'astreinte médicale : il était reproché à la structure de ne pas avoir de permanence des soins au niveau médical, mais uniquement au niveau infirmier. Il n'y avait pas de relais médical et en cas de problème le médecin qui intervenait ne connaissant pas le patient.

Médecin n°2 : « je peux comprendre que le médecin référent ne soit pas disponible 24h/24, mais ça c'est une carence qui doit être comblée. Qu'est ce qu'on propose pour pallier aux carences s'il a envie de partir 15 jours en congés ? »

Un des médecins exprimait également sa crainte de ne pas être disponible pour le patient 24h/24.

Pour un des médecins la structure semblait ne pas être adaptée notamment concernant les patients pris en charge pour des soins palliatifs.

Médecin n°2 : « les décisions concernant les fins de vie à domicile changent très facilement, les patients eux-mêmes changent très facilement d'avis et finalement ne veulent plus du domicile mais veulent subitement reprendre les hospitalisations. »

Par ailleurs un des médecins rapportait ne pas avoir déjà eu de patient nécessitant la mise en place de l'HAD mais se disait prêt à l'utiliser dès que l'occasion se présenterait.

Autre frein cité : c'était le fait de préférer gérer seul ses patients, en travaillant avec l'équipe d'infirmières libérales habituelle du médecin.

Médecin n°3 : « on a une bonne équipe infirmière ici qui arrive à se relayer au moins 3 fois par jour, ce qui peut compenser l'HAD. »

On retrouvait également la crainte du côté trop hospitalier, invasif.

3. Alternatives à l'HAD

On retrouvait en principales alternatives à l'HAD : l'hospitalisation, ainsi que l'organisation de passages d'infirmiers libéraux au domicile pour tous les médecins interrogés.

Pour d'autres il s'agissait des maisons de convalescence ou des centres de rééducation.

Médecin n°3 : « l'hôpital, sinon moi et l'équipe infirmière. »

Pour le médecin n°4 : « L'équipe de soins palliatifs, c'est tout pour l'instant. ».

Pour deux médecins leur rôle de médecin traitant était en lui-même une alternative à l'HAD.

C. Résultats concernant les médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD

Les caractéristiques des médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD d'Ajaccio sont regroupées dans la figure 16.

variables	
Sexe (homme, femme), n, %	12 (75%) ; 4 (25%)
Age moyen, années (minimal, maximal)	57,1 (39 ; 68)
Durée moyenne d'exercice, années	27,2
visites à domicile (oui), n, %	16 ; 100%
Activité en groupe (versus solo), n, %	11 ; 68,8%
Autres activités (urgences, régulation...) n, %	5 ; 31,2%
Nombre de patients dans la patientèle, n, %	
<500	0 ; 0%
Entre 500 et 1000	3 ; 18,7%
Entre 1000 et 1500	8 ; 50%
Entre 1500 et 2000	5 ; 31,2%

Figure 16 : récapitulatif des caractéristiques des médecins ayant travaillé avec l'HAD

1. Expérience de la structure

• Première prise de contact avec l'HAD

Dix des médecins ont été contactés directement par l'HAD au moment de la prise en charge d'un patient.

Médecin n°10 : « ils nous contactent à chaque fois qu'il y a un patient qu'il faut hospitaliser à domicile. »

Trois par connaissance personnelle du médecin coordonnateur ou du médecin de l'équipe de soins palliatifs, et quatre d'une autre manière :

Médecin n°4 : « par mon activité hospitalière, j'ai eu besoin de faire sortir des gens en HAD. »

Médecin n°7 : « il y a une association dont je m'occupais, on travaillait ensemble hospitaliers et libéraux donc on échangeait pas mal, je savais que ça existait. »

Médecin n°9 : « en allant chez des patients j'ai vu qu'ils avaient été pris en charge par l'HAD. »

Médecin n°11 : « c'est un patient qui m'a contacté pour me dire qu'il passait en HAD. »

• Nombre de patients suivis en HAD :

Le nombre de patients suivis par chaque médecin interrogé depuis la création de l'HAD d'Ajaccio est représenté dans la figure 17.

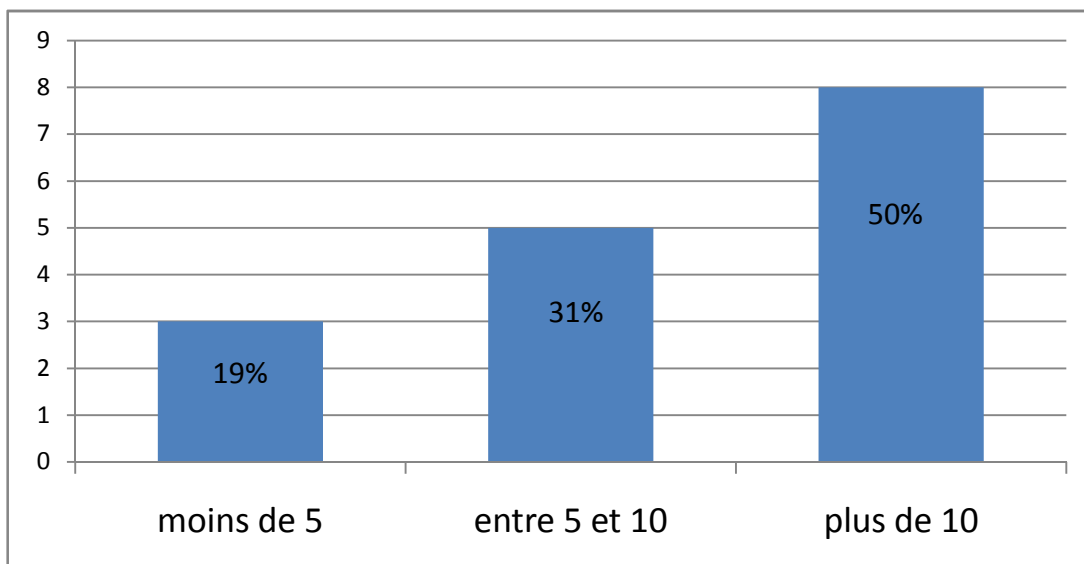


Figure 17 : nombre de patients suivis en HAD au total

- **Initiative de mise en place :**

L'HAD avait été mise en place sur décision hospitalière pour onze médecins.

Pour trois médecins elle avait été demandée par eux-mêmes.

Médecin n°7 : « c'est moi qui le demande en général. »

Et enfin pour deux médecins les demandes étaient faites directement via le médecin coordonnateur.

Cette répartition est résumée dans la figure 18.

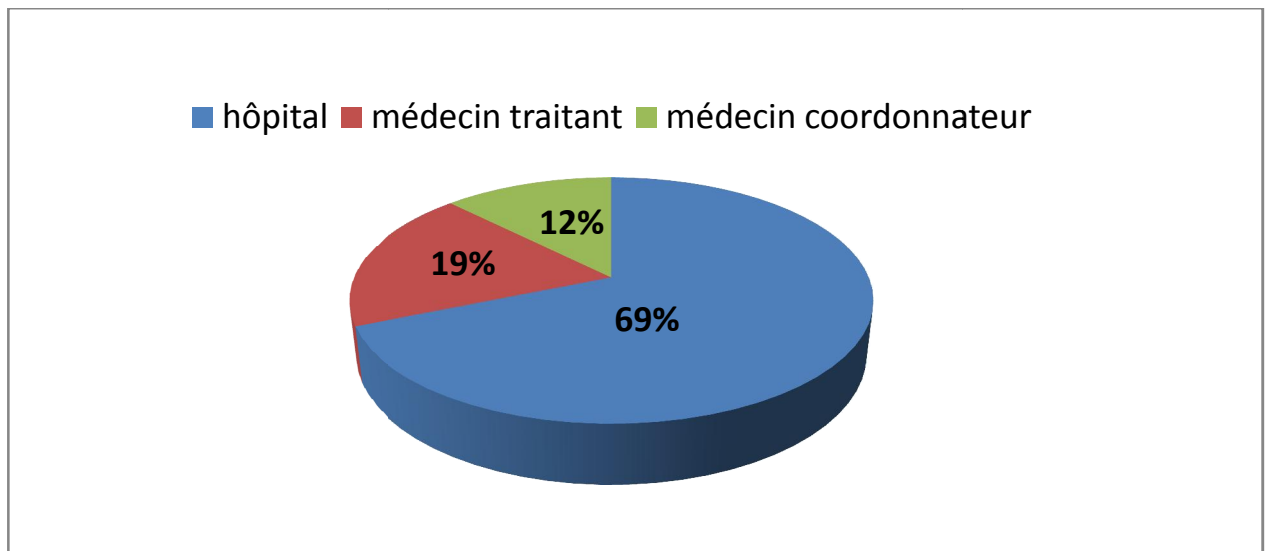


Figure 18 : initiative de mise en place de l'HAD

- **Principaux motifs de prise en charge**

Le mode de prise en charge le plus cité était la fin de vie, les soins palliatifs. Venaient ensuite les soins complexes, la polyopathie chez le sujet âgé et les perfusions.

Les motifs qui revenaient les plus fréquemment sont regroupés dans la figure 19.

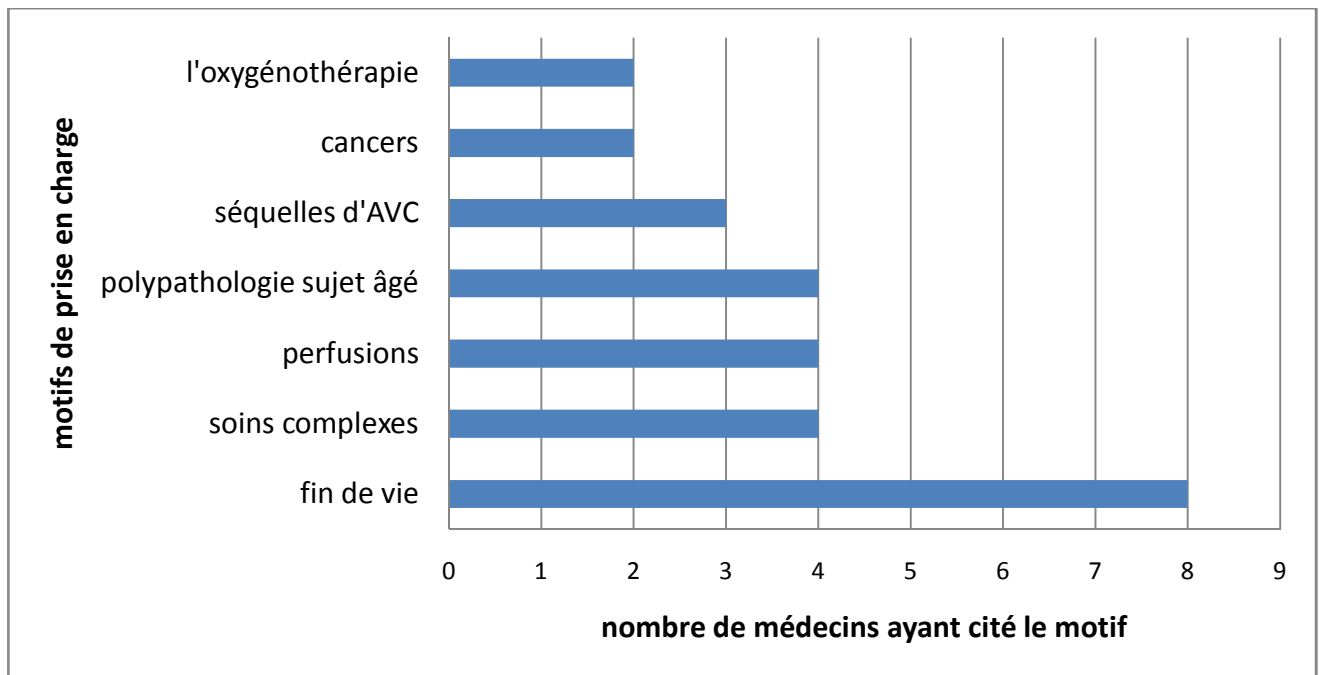


Figure 19 : principaux motifs de prise en charge des patients en HAD

2. Le médecin coordonnateur

Sept des médecins interrogés trouvaient que son rôle n'était pas utile ou qu'ils n'en avaient pas besoin.

Médecin n°10 : « le rôle du médecin coordonnateur jusqu'à présent je ne suis pas certaine qu'il serve à quelque chose. »

Médecin n°16 : « je n'ai jamais eu besoin de lui, je ne suis jamais rentrée en contact avec lui. »

Tandis que huit médecins trouvaient que son rôle était utile ou important.

Médecin n°5 : « c'est le rôle le plus important à mon avis. »

- **Les points positifs**

Il était facilement disponible par téléphone, facile d'accès, ouvert aux suggestions, permettait de résoudre certains problèmes voire parfois d'éviter la ré-hospitalisation.

Médecin n°5 : « quand je l'appelle j'ai toujours eu des réponses, avec lui c'est très facile, il est très facile d'accès. »

Médecin n°7 : « c'est important pour nous d'échanger avec le médecin coordonnateur, c'est important quand on a des problèmes à résoudre ça évite parfois l'hospitalisation ou la ré-hospitalisation. »

Il pouvait faire certaines prescriptions de par son rôle de médecin hospitalier ce qui pouvait éviter aux patients fragiles de se déplacer chez le spécialiste.

Médecin n°7 : « moi j'ai un patient sous Leponex et en tant que médecin généraliste je n'ai pas le droit de le prescrire. »

Il pouvait gérer directement certains traitements, dans le cadre des soins palliatifs principalement.

- **Les points négatifs**

Il était reproché au médecin coordonnateur de ne pas avoir de contacts directs avec les patients, de ne pas interférer assez avec le médecin traitant, il y avait un manque d'échanges, de coordination.

Médecin n°8 : « au départ ça me choquait un petit peu, maintenant je me suis fait une raison. »

Médecin n°9 : « il n'y a pas trop d'échanges, de retours, je pense qu'il a beaucoup de travail en dehors de l'HAD. »

Il semblait très sollicité par son rôle de médecin hospitalier

Médecin n°11 : « le problème c'est qu'il a déjà une activité hospitalière à côté donc je pense qu'il doit avoir pas mal de boulot. »

Il était reproché de ne pas connaître les malades car il ne les examinait pas, il ne connaissait que les dossiers. Il s'agissait d'un rôle trop administratif à leurs yeux.

Médecin n°13 : « ce qui m'a surpris c'est que le médecin coordonnateur ne connaît pas les malades. »

- **Proposition d'amélioration**

Il faudrait une formation particulière pour les médecins coordonnateurs

Médecin n°5 : « je pense qu'il faudrait les former d'une façon particulière pour qu'ils soient très ouverts à toutes les suggestions. »

Il devrait rendre visite aux patients une fois par mois pour faire le point et examiner les patients lui-même.

Médecin n°13 : « je pense qu'il devrait quand même avoir une vision d'abord un peu clinique du patient, pas seulement sur le papier mais aller le voir et évaluer lui-même l'état de santé du patient. »

Il devrait appeler les médecins traitants des patients en HAD régulièrement pour faire le point, comme un compte rendu d'hospitalisation.

Le médecin coordonnateur devrait être contacté quand le patient est hospitalisé pour s'assurer de la bonne prise en charge.

Médecin n°10 : « moi quand j'hospitalise un patient à domicile qui est en HAD, quand je dois le faire rentrer à l'hôpital c'est catastrophique. »

Il devrait y avoir une prise en charge spécifique aux urgences pour les patients en HAD. Le médecin coordonnateur devrait pouvoir faire hospitaliser un patient en HAD plus facilement.

Médecin n°10 : « les patients qui sont en HAD quand ils arrivent aux urgences ils devraient pouvoir avoir un box spécial « patient HAD », qu'il y ait une coordination. »

3. Communication avec la structure

- **Différents moyens utilisés :**

- Via l'infirmière coordinatrice ;
- Le cahier de liaison au domicile ;
- Par téléphone au cabinet ;
- Par le téléphone portable, les SMS, mail, fax ;
- Via le médecin coordonnateur ;
- Par les infirmières directement.

- **Problèmes rencontrés**

Avec l'équipe infirmière

Les changements d'équipe infirmière étaient trop fréquents, avec un manque de transmission entre les équipes. Ce fait était perturbant pour les patients mais également pour les médecins concernant la coordination et la transmission des informations.

Médecin n°5 : « par contre elles changent tout le temps et cela pose un problème auprès des patients. Parce que quand ils sont habitués à leurs infirmières habituelles ils voient toujours les mêmes, alors que là ça change tout le temps, c'est un peu déstabilisant au début. »

Médecin n°13 : « le problème c'est que les équipes changent, les infirmières changent, ce n'est jamais la même, c'est toujours un peu difficile d'avoir une vision globale des problèmes pour nous médecin généraliste. »

Le fait de ne pas travailler avec leur équipe d'infirmières habituelles était perturbant car ils n'avaient pas le même retour.

Médecin n°1 : « l'HAD ce sont des gens que je ne connais pas, parfois il n'y a pas de retours. Moi j'ai une équipe d'infirmières, la fille elle me tient au courant de tout, j'ai un interlocuteur. »

Avec le cahier de liaison au domicile

Le cahier de liaison était également critiqué, il contenait trop de feuilles, leur prenait trop de temps à l'utilisation, au final ne leur semblait pas adapté au travail libéral.

Médecin n°1 : « vous avez vu le cahier ? Quand vous avez vu ce qu'il y a là dedans vous n'avez plus envie de l'ouvrir. C'est un truc c'est une pastèque je veux dire. Rien que le cahier de transmission ça me dure une demi-heure. »

Médecin n°16 : « ils ont un document épais comme ça avec pleins de fiches qu'on ne regarde jamais, qui ne servent strictement à rien si ce n'est à faire des papiers. »

Il s'agissait d'une organisation avec un raisonnement très hospitalier, assez difficile à comprendre.

Ce qui pouvait engendrer des problèmes de transmission quand il devait être utilisé par un médecin externe à la structure, qui ne connaissait pas le patient.

Médecin n°8 : « je me suis retrouvé chez une patiente justement qui était en HAD, qui n'était pas bien, c'était une fin de vie. Ils appellent le SAMU parce qu'ils paniquent complet. Si le type avait tourné la page c'était marqué en gros caractères de 3cm : attention pas d'acharnements thérapeutiques, soins palliatifs. Mais le type est arrivé, il a du regarder vite fait les constantes et les traitements et n'a pas ouvert le cahier. C'est un peu dommage. Pour l'histoire il lui a fait une réanimation à la maison. »

Manque de communication

Il revenait chez plusieurs médecins la critique de ne pas avoir été informé des réunions prévues et des problèmes rencontrés ou des décisions prises.

Médecin n°2 : « vous faites une réunion vous ne me prévenez pas avant. Je leur ai dit que quand ils veulent parler d'un patient, la moindre des choses c'est de prévenir. »

Médecin n°13 : « le problème qu'on a c'est un problème d'implication dans la prise en charge du patient en HAD. Parce qu'on se retrouve avec une structure qui, elle a

ses responsables, et nous on arrive en supplément ou en aigu ou alors on est pas du tout concerté, pas du tout mis au courant de ce qui se passe exactement. »

Les médecins reprochaient à la structure de ne pas avoir été informés lors de l'hospitalisation de leurs patients et de ne pas en avoir été le décisionnaire.

Il en ressortait l'impression que le médecin traitant ne contrôlait pas complètement la situation.

Médecin n°13 : « par exemple l'hospitalisation d'un malade, il part et on nous informe après. L'infirmier doit téléphoner probablement au médecin coordonnateur et à l'équipe sans passer par nous, ou alors il nous avertit après. C'est étonnant, on se sent un peu exclu quelque part, disons qu'on n'a pas la main totale. »

- **Autres points rapportés**

Un des médecins exprimait le fait de ne pas avoir le temps de consulter le dossier en ligne.

Pour ce même médecin il existait également un problème d'affichage de numéro de téléphone lorsqu'il s'agissait d'appels venant des intervenants de l'HAD. Le numéro n'étant pas reconnaissable les appels n'étaient pas forcément pris.

Médecin n°7 : « parfois vous avez besoin de trier les urgences et la hiérarchie des appels, et il m'est arrivé de ne pas répondre à l'HAD parce que l'infirmier de l'HAD m'appelait avec son téléphone personnel ou un téléphone toujours différent. Si on voit que ça s'affiche HAD on répond par contre. »

- **Proposition d'amélioration**

Il semblait important pour les médecins d'être appelés pour discuter des patients s'ils ne pouvaient pas assister aux réunions, mais également qu'ils aient des contacts réguliers avec l'équipe et le médecin coordonnateur.

Médecin n°2 : « ils sont en HAD mais c'est quand même nos patients, c'est nous qui en avons la responsabilité, donc ils peuvent donner des avis je suis entièrement d'accord. Mais on me prévient, on discute, on en parle. »

Médecin n°8 : « je pense qu'une petite visite de temps en temps, une fois par mois, histoire de faire le point, ce ne serait pas forcément du luxe. »

Ils proposaient de mettre en place un téléphone avec un numéro unique qui puisse être enregistré « HAD ».

Par ailleurs l'uniformisation des systèmes de communication leur permettrait de gagner du temps.

Il était souhaité plus de rigueur dans la tenue du cahier et la transmission des informations.

Pour cela la réalisation de visioconférences était proposée par un des médecins.

Médecin n°13 : « une conférence par Skype à un moment où on est au cabinet, on prend 20 minutes et on discute. »

4. A propos des réunions hebdomadaires

Seuls quatre des médecins interrogés avaient connaissance des réunions hebdomadaires au sein de la structure.

Médecin n°2 : « oui je le savais, mais ce n'est pas eux qui me l'ont dit, je l'ai appris par hasard. »

Médecin n°5 : « je savais que ça avait lieu mais je ne savais pas quand. »

Les douze autres médecins n'en avaient pas connaissance.

Sur l'ensemble des médecins interrogés un seul aurait pu s'y rendre de manière régulière.

Médecin n°1 : « le lundi après-midi j'aurais pu me libérer puisque mes consultations je les fais le lundi matin. »

Les autres n'auraient pas pu s'y rendre, que ce soit à cause de leur emploi du temps ne leur permettant pas de quitter le cabinet, ou parce que leur éloignement géographique rendait très chronophage la participation à ces réunions.

Médecin n°8 : « le problème c'est que je ne peux pas, même si c'était à côté je n'aurais pas le temps. »

Médecin n°13 : « pour nous c'est extrêmement difficile ou chronophage parce qu'on ne peut pas quitter le cabinet ou interrompre notre tournée de visite pour descendre sur Ajaccio alors qu'on est à 20km ou 15km avec des heures fixes. Ce n'est pas logique. »

D. Aspect financier

Dix des médecins interrogés étaient satisfaits du système de rémunération à l'acte.

Médecin n°5 : « ce n'est pas plus mal pour nous, ça correspond à quelque chose qu'on fait tout le temps donc ça ne change pas pour nous, c'est plus simple. »

Médecin n°11 : « je vois ça comme de la visite, comme des patients que je vois au cabinet, le fait que l'HAD soit présente c'est plus pour m'aider qu'autre chose, je ne cherche pas à avoir une rémunération en plus dans le cadre de l'HAD. »

Ils signalaient appliquer un mode de rémunération spécial au niveau de la sécurité sociale concernant les sujets âgés, ou les pathologies relevant d'une Affection Longue Durée (ALD), bien que cela ne soit pas spécifique à l'HAD.

Médecin n°3 : « la majorité des patients qui sont suivis en HAD sont en ALD donc déjà je perçois annuellement l'ALD en plus, je suis satisfait. »

Médecin n°16 : « ils sont tous en ALD à 100% ces patients, donc ça ne me pose aucun problème. »

Pour certains des médecins il ressortait la notion qu'un patient qui nécessitait une visite au domicile était un patient plus lourd, qu'il soit en HAD ou non.

Médecin n°9 : « il y a des visites à domicile où vous prenez 2 minutes et c'est rémunéré 33 euros et il y a des visites où vous prenez une demi-heure pour des patients lourds, je pense que ça s'équilibre au final. Ça ne me pose pas de problème. »

Les médecins non entièrement satisfaits du système de rémunération actuel soulevaient le problème du temps passé pour le suivi des patients en HAD.

Il a été rapporté la notion que les patients en HAD étaient plus chronophages, en particulier pour les fins de vie au domicile.

Médecin n°8 : « après c'est vrai que c'est chronophage, il ne faut pas en avoir 4 en même temps. Dans l'après-midi tu fais 4 visites, financièrement ce n'est pas très intéressant. Donc c'est vrai qu'un mode de rémunération un peu élevé là-dessus ne serait pas plus mal. »

Médecin n°14 : « souvent les visites de fin de vie au domicile sont plus longues que des visites classiques, cela devrait être pris en compte dans le suivi des patients en HAD. »

Un des médecins proposait qu'il soit instauré un système de forfait pour les patients en HAD.

E. Ressenti

Onze des médecins se disaient satisfaits de la prise en charge de leurs patients par la structure.

Un des médecins était particulièrement satisfait de la facilité du circuit en cas de nécessité d'hospitalisation d'un patient en HAD. Circuit qui utilisait l'infirmière coordinatrice puis le médecin coordonnateur et enfin le service hospitalier directement, à la différence du circuit classique passant systématiquement par les urgences.

Médecin n°8 : « il y a toujours une porte ouverte sur l'hôpital...c'est vraiment l'extension de l'hôpital à la maison, ça prend tout son sens quand c'est comme ça. C'est vraiment la définition que j'en attendais. »

Quatre des médecins n'étaient pas satisfaits de la structure et exprimaient des reproches et des améliorations nécessaires. Et parmi les médecins satisfaits huit avaient quand même soulevés des aspects négatifs.

1. Problèmes soulevés

Lors d'une HAD il fallait obligatoirement passer par la structure pour obtenir du matériel médical ou des médicaments, il en ressortait un sentiment de contrainte.

Médecin n°9 : « ils vous imposent les pharmacies, ils vous imposent les produits, il y a une espèce de prise en otage du patient, moi ce sont des choses qui me gênent un peu. »

L'obtention d'une HAD pour un patient se faisait plus facilement et plus rapidement lorsque le patient était hospitalisé, plutôt qu'à partir du domicile directement.

Médecin n°8 : « quand tu veux faire une HAD c'est un peu long aussi. Donc moralité tu l'hospitalises et l'HAD se fait quasi automatiquement. »

Ils constataient un arrêt parfois brutal de la prise en charge d'un patient par l'HAD au bout d'un certain délai avec la difficulté de faire le relais avec des intervenants libéraux en urgence.

Médecin n°8 : « au bout d'un moment quand le dossier stagnait, ils repartaient. Mais souvent ce sont des gens qui ont déjà des infirmiers sur place, les kinés. Tu te retrouves à t'organiser et à te réorganiser au bout de 3 à 6 mois dans l'autre sens. Donc les familles sont un peu perdues. »

Certaines fois il était rapporté un problème de concurrence ou de doublon avec l'équipe infirmière en place lors de la mise en HAD.

Médecin n°8 : « le seul truc c'était les structures mises en places qui remplacent d'autres structures, quand tu as les infirmiers qui sont un peu chassés par la structure sachant qu'ils doivent revenir après. »

La prise en charge d'un patient en HAD demandait une présence médicale plus importante, ce qui pouvait être très chronophage si le médecin devait suivre plusieurs patients en HAD en même temps.

Médecin n°12 : « c'est plus difficile pour nous parce que comme son nom l'indique, c'est l'hôpital à la maison et la présence médicale qui est demandée est un peu plus importante. Dans l'organisation du cabinet c'est plus compliqué pour organiser des passages réguliers. J'en ai eu plusieurs en même temps c'était plus embêtant. »

Il existait un problème d'éloignement géographique en particulier pour les médecins éloignés de la ville, avec des refus de prise en charge.

Médecin n°8 : « dans les grands alentours ils ne vont pas loin non plus, c'est-à-dire qu'après la structure fait que ce n'est pas forcément l'HAD qui va s'en occuper, mais ils vont beaucoup laisser aux infirmières. »

Pour les médecins l'HAD ne semblait pas permettre une économie du système de santé.

Médecin n°7 : « je trouve que le coût est important. Il me semble que ça revient cher l'HAD quand même. »

Médecin n°10 : « je pense que l'HAD finalement ça coute aussi cher qu'une hospitalisation. »

Certains médecins étaient confrontés au refus de prise en charge de patients par l'HAD par leur médecin traitant et étaient sollicités à leur place.

Médecin n°11 : « ça m'est arrivé de prendre en charge des patients en HAD alors que je n'étais pas le médecin traitant initial. »

Le ressenti final était que le médecin traitant avait la seule responsabilité du patient.

Médecin n°8 : « j'avais l'impression de ne pas être aux commandes mais de me débrouiller tout seul. C'est un peu bizarre. »

2. Motifs de recours peu fréquent à l'HAD par les médecins traitants

Il était considéré que la prise en charge par des infirmières libérales n'apportait pas plus que la prise en charge par l'HAD.

Médecin n°5 : « nous en campagne on a des infirmières libérales qui sont extrêmement efficaces, qui sont nombreuses, c'est pour ça aussi qu'on ne l'instaure pas en général. »

Médecin n°8 : « l'HAD le problème c'est qu'en campagne on a appris à s'en passer, on s'est organisé sans eux. Les infirmiers libéraux se sont formés. Donc finalement ça ne s'appelle pas HAD mais on fait de l'HAD. Actuellement je n'ai plus besoin d'eux. »

Médecin n°9 : « j'ai des patients qui pourraient relever de l'HAD mais qui sont pris en charge correctement par des infirmiers libéraux justement, qui n'ont aucun rapport avec l'HAD. »

Pour d'autres il n'y avait pas de raison de mettre en place l'HAD directement depuis le domicile. Pour eux les patients devaient systématiquement passer par l'hôpital car il s'agissait de pathologies lourdes.

Médecin n°2 : « quelqu'un qui va passer en HAD c'est quelqu'un qui est grave, donc il sera hospitalisé d'abord. »

Ou : médecin n°2 : « avant de faire une HAD je pense qu'il faut faire une hospitalisation. Ce n'est pas obligatoire mais je ne vois pas quelle serait la raison pour qu'on passe en HAD directement à la maison ? »

Médecin n°4 : « la personne n'est pas bien, elle est montée à l'hôpital et quand elle ressort de là, l'HAD est mise en place par la structure de sortie, pas par le médecin. »

Parfois il s'agissait de refus de la part des patients qui ne voulaient que des infirmiers libéraux.

Certains médecins n'avaient pas encore eu l'occasion de l'utiliser à ce jour, leur patientèle ne présentait pas de pathologies pas assez lourdes.

Médecin n°4 : « je n'ai pas eu l'occasion et je ne vois pas en situation comment je pourrais avoir un malade pour lequel j'aurais besoin de l'HAD pour ce type d'exercice en pleine ville. »

Quelque fois il s'agissait de refus de prise en charge par l'HAD.

Médecin n°15 : « l'HAD, son seul défaut c'est que je ne l'ai pas aussi souvent que je la voudrais. »

3. Ouverture et propositions d'amélioration

Pour huit des médecins interrogés il en ressortait qu'une meilleure information vis-à-vis de la structure auprès des médecins traitants comme de la population générale en permettrait une meilleure utilisation.

Médecin n°4 : « il n'y a jamais assez d'information ; il faut s'entêter, refaire des mailings. Je pense que ça doit arriver qu'on soit embêté avec certains patients et on ne pense pas forcément à l'HAD. »

Médecin n°5 : « il faut expliquer comment ça fonctionne, auprès des patients mais également auprès de la population générale. »

Médecin n°6 : « plus de publicité sur les modalités d'entrée dans la structure, quels sont les cas qui peuvent être pris en charge par l'HAD, à quel moment l'HAD passe la main à une autre structure ? »

Un des médecins estimait que les structures hospitalières devaient également contribuer à promouvoir l'HAD. Se posait également le problème du manque de lits attribués à l'HAD.

Médecin n°8 : « il faut vraiment que l'hôpital soit plus réactif avec l'HAD parce que je suis sûr qu'il y a pleins de dossiers qui pourraient être traités s'ils faisaient appel à eux de suite. »

Il était souhaité que la prise en charge des patients par l'HAD permette de soulager un peu le travail du médecin traitant.

Médecin n°9 : « un suivi, un échange un peu plus régulier entre le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur, pour le bien des patients et pour permettre au médecin libéral de souffler un petit peu, de lui enlever un petit peu de boulot. Si c'est pour avoir exactement le même travail je ne vois pas l'intérêt. »

Ainsi qu'une extension du rôle du médecin coordonnateur dans les textes, lui donnant plus de pouvoirs.

Médecin n°10 : « modifier les textes et nommer un médecin hospitalier qui s'occupe du patient en HAD. C'est une lourde charge un patient qui est en HAD, en plus sur des soins palliatifs, ce n'est pas évident des fois, le médecin coordonnateur devrait pouvoir coordonner plus. »

Enfin favoriser un meilleur échange entre la structure et le médecin traitant leur paraissait primordial.

Médecin n°13 : « je pense qu'il faut une concertation avec le médecin généraliste qui ne soit pas chronophage. »

VI. Discussion

A. Forces et limites de l'étude

1. Les forces

Le fait qu'il s'agisse d'une étude de type qualitatif a permis de répondre à l'objectif de départ grâce à la méthodologie par entretiens individuels semi-dirigés.

Ce type d'étude permet en effet de comprendre les comportements sociaux et de recueillir des opinions.

La réalisation d'entretiens individuels offre une plus grande liberté d'expression aux médecins et permet une plus grande richesse du recueil d'informations. Le fait de réaliser les entretiens directement au cabinet leur a permis de se sentir à l'aise et plus enclin à répondre aux questions.

La constitution de l'échantillon a recouvert un large panel de médecins généralistes sur la ville d'Ajaccio et ses grands alentours permettant d'obtenir des points de vue variés.

Une méthodologie systématique a été reproduite lors de chaque entretien et ce jusqu'à saturation d'idées.

La reproductibilité de l'analyse a été permise grâce à l'utilisation d'un codage couleur permettant de faire ressortir les principales idées.

2. Les limites

Des biais de sélection de l'échantillon peuvent être mis en avant :

Le faible effectif de médecins interrogés n'ayant pas travaillé avec l'HAD ne permet pas d'évaluer un large panel de la population, bien que plusieurs idées soient ressorties de leurs entretiens.

Par ailleurs le recrutement s'est fait sur la base du volontariat ce qui implique que seuls les médecins intéressés par le sujet d'étude aient accepté l'entretien.

Un focus groupe aurait pu être réalisé afin d'augmenter la validité interne de l'étude. Il s'agit de réunions regroupant plusieurs médecins s'exprimant librement sur les thèmes abordés. Ce type de réunion apporte une dynamique de groupe et permet de voir apparaître de nouvelles idées qui peuvent être ensuite triangulées avec celles obtenues lors des entretiens individuels.

Une triangulation des données, consistant en la relecture des questionnaires par un évaluateur différent afin de recouper les idées obtenues, auraient renforcé la validité interne de l'étude mais n'a pas pu être réalisé par manque de temps.

Enfin il a été constaté que peu de points positifs concernant l'HAD ressortaient des entretiens, ce qui amenait au constat que les questionnaires étaient plus orientés pour mettre en avant les points à améliorer.

B. Caractéristiques des médecins interrogés

On constate que la moyenne d'âge des médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD (39.6 ans) était inférieure à la moyenne d'âge des médecins généralistes installés en Corse, qui est de 53.8 ans d'après l'atlas de la démographie médicale sur l'année 2016 (25).

Tandis que celle des médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD était supérieure (57.1 ans). Ce qui laissait penser que le manque de recul suffisant en termes d'expérience professionnelle était une limite à l'utilisation de l'HAD.

Les médecins interrogés travaillaient plus fréquemment en groupe, contrairement aux statistiques concernant les médecins généralistes exerçant en Corse (30% seulement).

Ce mode d'exercice était-il plus favorable à l'utilisation de l'HAD ou bien s'agissait-il plus du fait que les médecins installés en ville ou a proximité pouvaient plus facilement exercer à plusieurs, contrairement au milieu rural ?

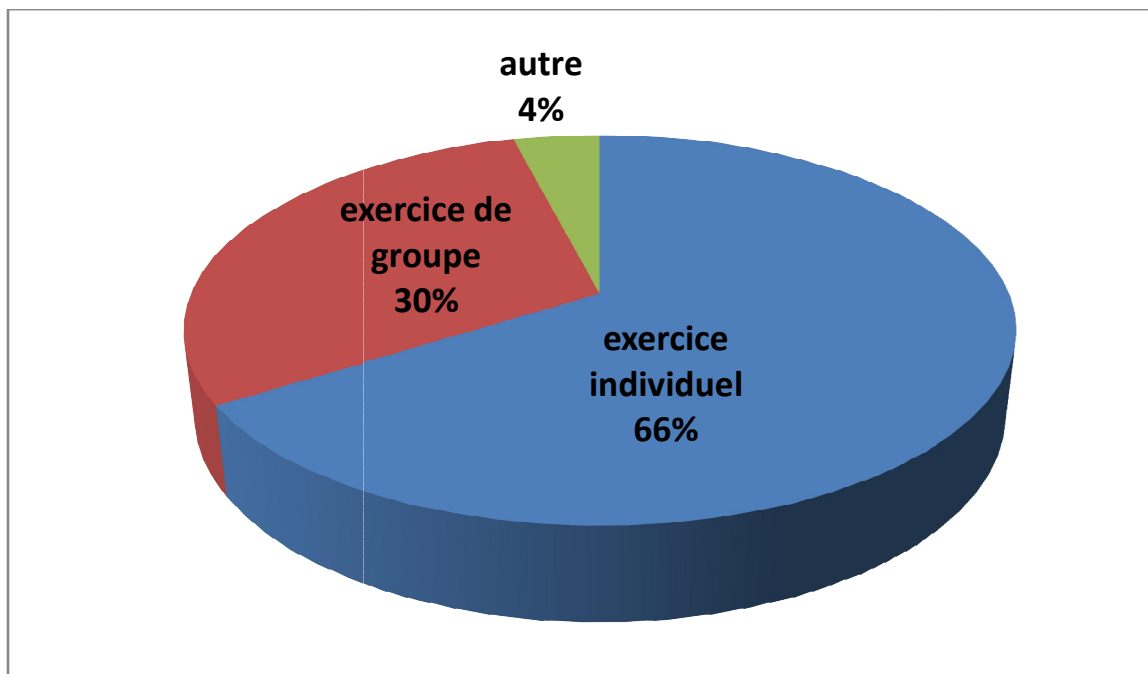


Figure 20 : Répartition des médecins actifs libéraux en Corse en 2016 en fonction du type d'exercice :

Ce phénomène avait également été retrouvé dans l'étude des médecins généralistes collaborant avec la structure d'HAD de Marseille et Aubagne avec un taux de médecins travaillant en groupe plus important chez ceux ayant travaillé récemment avec l'HAD (37).

C. Réponse à la question de l'étude

Dans cette étude visant à recueillir le ressenti des médecins généralistes concernant la structure d'HAD d'Ajaccio il ressortait que la majorité des médecins étaient satisfaits de la prise en charge de leurs patients par cette structure.

C'était le même sentiment qui ressortait dans les études réalisées auprès des médecins généralistes en région PACA (38) (37) (39).

Cependant certains reproches étaient rapportés et des propositions d'améliorations étaient faites par les médecins.

1. Etat des connaissances

La structure d'HAD d'Ajaccio gérée par l'UMCS était bien connue par les médecins exerçant sur Ajaccio et ses alentours, y compris ceux n'ayant jamais travaillé avec la structure.

La majorité du temps les médecins ont eu connaissance de la structure d'HAD lors de la prise en charge d'un de leurs patients à la sortie de l'hôpital. Ce qui correspond bien au fait que la majorité des prescriptions d'HAD sont consécutives à un séjour hospitalier, initié par un médecin hospitalier (68% au niveau national en 2016 selon les chiffres de l'ATIH (3).

Mais on constate qu'aucun médecin n'a été informé par le biais d'une campagne d'information venant de la structure elle-même.

Ce même manque d'information était retrouvé dans de nombreuses études, pour les médecins interrogés sur la structure de Perpignan. Ce manque d'information serait en grande partie lié à un défaut d'information initial lors de la création de la structure d'HAD (40).

Les médecins n'ayant jamais travaillé avec l'HAD en connaissaient malgré tout certaines indications possibles telles que : la fin de vie et le soin palliatif, les cancers, les perfusions, la chimiothérapie. Cependant de nombreuses autres pathologies semblent ne pas être connues, l'HAD comportant actuellement 22 modes de prise en charge principaux, ce qui contribue probablement à son défaut de prescription (25).

Il existe cependant un réel manque d'information concernant la structure, exprimé en particulier chez les médecins n'ayant jamais travaillé avec l'HAD.

2. Expérience de la structure

La moitié des médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD ont suivi plus de 10 patients au total, ce qui est un chiffre conséquent sachant que depuis 2013 l'HAD d'Ajaccio a dépassé la barre des 100 patients pris en charge par an, atteignant les 137 patients sur l'année 2016 (34).

On constate qu'il s'agit d'une prescription hospitalière pour onze médecins sur seize (soit presque 69%), ce qui correspond aux chiffres nationaux relevés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en 2016 et qui est proche des chiffres retrouvés sur l'HAD d'Ajaccio en 2016 avec 70% (31).

Ce mode de prescription issue des services hospitaliers donnait aux médecins traitants l'impression de ne pas avoir le choix dans cette décision, qu'elle leur était imposée. Ce même sentiment était exprimé dans le travail d'Inès Leung auprès de médecins Parisiens (41).

La prescription de l'HAD, directement à partir du domicile par le médecin traitant, était réalisée le plus souvent par 3 médecins sur 16 soit des chiffres inférieurs aux données nationales (18% contre 32%) mais supérieur au bilan de la structure d'Ajaccio en 2016 qui est de 14%.

Les principaux modes de prise en charge en HAD rapportés par les médecins, à savoir les soins palliatifs, les soins complexes, les traitements par perfusions, la polyopathie, et les séquelles d'AVC, sont retrouvés parmi les 5 principaux modes de prise en charge au niveau national (31).

On retrouvait ainsi une activité des médecins utilisant l'HAD d'Ajaccio similaire à celle de l'échelle nationale.

3. Le médecin coordonnateur

Concernant le rôle du médecin coordonnateur les avis étaient partagés.

Pour une petite majorité d'entre eux son rôle était primordial. Il était apprécié pour être facilement disponible, et permettait aux médecins généralistes de résoudre certains problèmes, voire d'éviter quelquefois une hospitalisation. Le médecin coordonnateur de l'HAD d'Ajaccio avait également la spécificité de par son statut de

médecin hospitalier de pouvoir prescrire certains médicaments spécifiques, épargnant ainsi au patient un déplacement chez le spécialiste.

Cet avis était également retrouvé dans l'étude menée auprès des médecins généralistes d'Aix-en-Provence avec 70.3% des médecins interrogés considérant son rôle comme important (39).

Mais pour encore un grand nombre de médecins interrogés, le rôle du médecin coordonnateur restait obscur dans la prise en charge du patient en HAD. Les généralistes avaient le sentiment d'être les seuls à gérer le patient et que son rôle était inutile ou bien qu'ils n'avaient pas besoin de lui dans la prise en charge des patients.

Au total trois principaux reproches étaient formulés :

- Un manque de contact direct avec les patients ;
- Un rôle trop administratif ;
- Un manque de coordination avec le médecin traitant.

Ce même sentiment était retrouvé dans l'étude sur l'HAD de Perpignan, où il était particulièrement regretté l'absence du médecin coordonnateur rendant visite au patient à domicile, ce qui aurait ainsi permis une collaboration plus intéressante avec le médecin traitant (40).

4. La communication

Les moyens de communication au sein de la structure et entre les différents intervenants étaient variés et nombreux mais semblaient mal utilisés, en particulier concernant le cahier de liaison au domicile des patients.

Malgré l'emploi rapporté du téléphone comme moyen de communication, il s'avérait que les médecins souffraient d'un manque d'information de la part de la structure.

Que ce soit à propos des réunions pluridisciplinaires ou lors de la décision d'hospitaliser un de leur patient.

Ce même constat a été retrouvé dans l'étude sur l'HAD de Perpignan avec la majorité des médecins généralistes interrogés (60%) qui constataient un manque de communication, ainsi qu'un problème de retour d'information de la part de la structure, qui donnait lieu à une impression de shunt décisionnel (40).

Bien qu'ils reconnaissent manquer de temps pour participer aux réunions organisées par la structure, ils étaient demandeurs de temps accordé à un échange avec le médecin coordonnateur, par déplacement de ce dernier au domicile des patients ou de manière délocalisée par téléphone ou visioconférence.

Dans l'étude réalisée sur les médecins d'Aix-en-Provence, seuls 29.7% des médecins pensaient qu'il était réalisable d'organiser des rencontres régulières avec l'équipe soignante de la structure d'HAD (39).

Dans l'étude réalisée en région PACA, une forte majorité (86%) des médecins interrogés ne participaient pas aux réunions pluridisciplinaires de la structure, que ce soit par manque d'information et de communication ou par scepticisme de leur intérêt (38).

Il était également rapporté que l'absence d'équipe infirmière fixe au chevet du patient rendait la coordination et la transmission des informations difficiles et que ce changement d'équipe fréquent perturbait également le patient. Ce même reproche ressortait dans l'étude sur les médecins en région PACA, il était même rapporté que cela allait à l'encontre de l'humanisation des soins revendiquée par l'HAD (38).

5. Aspect financier

La grande majorité des médecins étaient satisfaits du système de rémunération actuel à l'acte. Ce sentiment de satisfaction était retrouvé dans l'étude sur l'HAD de Marseille et Aubagne, pour 87.5% de médecins interrogés (37).

Le fait qu'il existe des systèmes de rémunération spécifique pour les patients âgés ou les pathologies relevant d'une Affection Longue Durée (ALD) prévus par la sécurité sociale leur convenait, bien qu'ils ne soient pas spécifique des patients en HAD leur convenait.

Un sentiment quasi unanime parmi les médecins était qu'ils n'avaient pas besoin de mesure incitative financière pour utiliser davantage l'HAD.

Toutefois il était soulevé le fait que le suivi de patients en HAD était plus chronophage car il s'agissait de patients plus lourds, en particulier dans les cas de fin de vie, et qu'un mode de rémunération spécifique le prenant en compte serait plus valorisant. Un mode de rémunération forfaitaire a même été proposé.

Dans l'étude sur Aix-en-Provence, 62.2% des médecins interrogés considéraient que les patients en HAD impliquaient une charge de travail supplémentaire et ainsi des difficultés d'organisation du cabinet (39).

Les médecins interrogés en région PACA considéraient que la rémunération des visites à domicile avait toujours été dévalorisée (38).

Tandis que des médecins interrogés en région Parisienne réclamaient eux une meilleure rémunération des visites (41).

La question du coût de l'HAD par rapport à une hospitalisation conventionnelle était soulevée par les médecins, avec une notion de manque d'information et de scepticisme concernant une réelle économie de santé.

6. Freins à l'HAD

Qu'il s'agisse des médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD ou non, il ressortait de cette étude plusieurs éléments pouvant freiner à l'utilisation de l'HAD par les généralistes.

Revenait très souvent la notion du manque d'informations, de la part des médecins n'ayant jamais travaillé avec l'HAD concernant les modalités de fonctionnement de la structure, mais également de la part des autres médecins, pour qui de nombreux points restent à éclaircir. Notamment concernant la notion de permanence médicale.

En effet il est prévu dans les textes législatifs une continuité des soins au sein de l'HAD mais la structure d'Ajaccio ne comporte qu'une astreinte infirmière 24h/24. Selon le rapport de la cours des comptes de 2016 ceci pouvait être expliqué par le fait qu'il était difficile pour les petites structures de mettre en place un système d'astreinte médicale 24h/24 (11).

Un manque d'informations également sur les différentes indications et motifs pouvant justifier la prescription de l'HAD par le médecin généraliste sans passer par une hospitalisation.

Quarante-cinq pour cent des médecins interrogés dans l'étude en région PACA n'avaient pas connaissance du fait qu'un patient pouvait être admis en HAD directement depuis le domicile à la demande du médecin traitant (38).

Le fait que la mise en place de l'HAD se fasse beaucoup plus rapidement à partir d'une hospitalisation qu'à partir du domicile directement n'incitait pas les médecins généralistes à utiliser cet outil dans la prise en charge de leurs patients.

Ce constat était également retrouvé dans une étude auprès de médecins généralistes en régions Parisienne, qui rencontraient des difficultés d'accès pour les demandes d'entrées en HAD via la médecine de ville, avec des démarches consommatrices de temps (41).

Il existait encore un manque de confiance vis-à-vis de l'équipe soignante de la structure, rendant les médecins frileux à sa mise en place plutôt que de passer par leur équipe de soignants habituels.

Parmi les médecins n'ayant jamais travaillé avec l'HAD il ressortait la crainte du côté trop hospitalier, invasif. Ce ressenti était également retrouvé dans le travail auprès de l'HAD de Perpignan avec la crainte d'un manque d'humanité dans les prises en charge (40).

Se posait également le problème de l'éloignement géographique, avec la difficulté de couvrir les zones reculées, argument supplémentaire pour les médecins semi-ruraux interrogés de ne pas avoir recours à l'HAD.

Ce qui contribuait à l'utilisation d'alternatives à l'HAD telles que les équipes d'infirmières libérales, les centres de convalescences, et bien sur l'hospitalisation conventionnelle.

Dans une étude menée auprès des intervenants de l'HAD d'Aix-en-Provence il était retrouvé comme cause de non recours à l'HAD, la méconnaissance de la structure pour 16% des médecins interrogés, le fait de ne pas avoir eu l'occasion de recourir à l'HAD pour 36% et le fait de privilégier des alternatives à l'HAD (hospitalisation conventionnelle, soins infirmiers simples, prestataires de service) pour 36% également (39).

Un constat quasi similaire était retrouvé dans l'étude faite en région PACA, mais avec en premier motif de non prescription d'HAD le fait d'avoir une patientèle ne correspondant pas aux critères de l'HAD (42%) puis venait ensuite un manque de connaissance de la structure (25%) et la préférence pour l'équipe infirmière habituelle du médecin (25%).

Pour les médecins interrogés dans la région de Briançon le principal frein à l'utilisation de l'HAD était l'augmentation de la charge de travail (42).

On retrouvait ainsi les freins suivants à l'utilisation de l'HAD :

- Le manque d'information concernant la structure, les modalités de mise en place, les indications ;
- Une inquiétude sur la notion de continuité des soins mais sans qu'il existe de système d'astreinte au niveau médical ;
- Une préférence pour la gestion des patients au domicile avec l'équipe d'infirmières libérales habituelles du médecin ;
- Patientèle pas assez lourde pour nécessiter l'HAD ;
- Pas de raison justifiant la mise en place de l'HAD directement au domicile ;
- Une augmentation importante de la charge de travail lors du suivi d'un patient en HAD.

7. Propositions d'amélioration et ouverture

En parallèle des reproches faits à l'encontre de l'HAD les médecins ont émis des suggestions, concernant les principaux points qu'ils auraient aimé améliorer en vue d'une meilleure utilisation de l'outil qu'est l'HAD

En premier lieu revenait un désir d'information.

Pour lutter contre le manque d'information sur l'HAD des campagnes d'information auprès des médecins mais également des patients et des services hospitaliers leur semblaient utiles.

Venait ensuite l'adaptation du rôle du médecin coordonnateur dans les textes législatifs, lui permettant d'être plus impliqué dans la prise en charge des patients, de pouvoir suppléer au médecin traitant afin de le soulager dans son activité quotidienne. Mais également de favoriser une meilleure coordination par des échanges réguliers.

Dans une étude réalisée sur des médecins en région Parisienne il ressortait la même volonté : « le travail en équipe avec le médecin coordonnateur de l'HAD était

essentiel et nécessitait une bonne communication et un partage des connaissances pour une prise en charge de qualité » (41).

Il en ressortait les propositions d'amélioration suivantes :

- Proposition d'une formation particulière pour les médecins coordonnateurs ;
- Un rôle plus clinique avec une visite au domicile une fois par mois et un contact avec le médecin traitant tous les mois ou deux mois pour faire le point sur le patient ;
- Favoriser la ré-hospitalisation du patient en HAD, voire créer un circuit spécifique aux urgences pour ces patients-là, proposition également retrouvée dans l'étude d'Inès Leung (41).

L'instauration d'un système d'astreinte médicale au sein de la structure paraissait primordiale, en particulier dans la population de médecins n'ayant jamais travaillé avec l'HAD, ceci constituant un frein majeur à son utilisation.

Cependant la volonté des médecins était que cette astreinte se fasse au sein de la structure d'HAD et non par les médecins traitants responsables des patients.

Comme cela était retrouvé dans l'étude en région PACA, 83% des médecins interrogés ne souhaitaient pas faire d'astreintes téléphoniques pour les patients en HAD (42).

Dans certaines structures d'HAD de grande taille, telle qu'à Lyon, il était mis en place un standard téléphonique 24h/24 au sein de la structure. Lorsqu'il s'agissait d'un problème médical il était fait appel au médecin coordonnateur d'astreinte qui renseignait l'infirmier de garde ou l'urgentiste sur l'état du patient et le projet thérapeutique. L'objectif étant que la meilleure décision soit prise pour le patient dans l'urgence (43). Mais ce type d'organisation de soins très complexe n'était pas réalisable dans toutes les structures d'HAD par manque de moyens.

Certains facteurs n'ayant pas été soulevés par les médecins dans cette étude pourraient cependant contribuer au développement de l'HAD.

Ainsi la télémédecine ou plus généralement la télésanté apparaît comme une des solutions au problème d'éloignement géographique, et au défaut de couverture de certaines zones.

L'étude sur la Téléassistance en hospitalisation à domicile par le programme ViSaDom, de type cas-témoins concernait les secteurs adultes, la maternité et la pédiatrie du réseau HAD de Grenoble. Il en ressortait que ce programme confirmait la faisabilité et l'acceptabilité de la communication visiophonique, en faisant un outil prometteur pour la qualité et l'efficacité des soins en HAD (44).

Bien que cette évolution de la médecine permette de réaliser également des économies en termes de coûts de santé liés aux transports sanitaires par exemple, une autre étude sur l'intérêt de la télémédecine réalisée en Ile de France dans les cas de sortie précoce de chirurgie en HAD mettait en avant les difficultés numériques liées aux problèmes de réseau ou de débit. Ceci en particulier dans les zones rurales les plus isolées (45).

Cet outil présente un réel potentiel dans le cadre particulier de l'HAD mais également dans la médecine en général, bien que son développement reste encore expérimental.

Un autre point intéressant était celui de la formation médicale. Bien que certains médecins aient rapporté un manque de connaissance dans des domaines spécifiques tels que la fin de vie ou la gestion de la douleur, aucun n'a émis le souhait de faire des formations médicales.

D'ailleurs dans l'étude réalisée sur les médecins Aixois on retrouve que 51.4% ressentaient un besoin de formation important (39).

Bien que cette volonté de formation soit prévue dans les textes législatifs, de la part des médecins hospitaliers spécialisés, ou de la part du médecin coordonnateur (13), elle semble être difficilement réalisable en pratique.

Enfin un rapport de la cour des comptes établi en 2016 relatif au développement de l'HAD dressait un bilan retrouvant les principaux thèmes abordés dans notre étude.

Le développement de l'HAD restait trop décevant, avec une croissance de 4.7% en 2013, puis de 1.9% en 2014 et enfin de 2.5% sur l'année 2015.

Un travail devait être fait par les structures d'HAD afin d'être plus réactif lors de la mise en place à partir du domicile directement.

Un assouplissement juridique du rôle du médecin coordonnateur serait favorable mais il existait une réticence de la part du Conseil National de l'Ordre des Médecins à leur déléguer plus de pouvoirs.

Devant la constatation que les médecins généralistes n'étaient pas formés vis-à-vis de l'HAD et semblaient peu informés, il était prévu que des délégués de la Caisse Nationale D'assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNATMS) aillent à leur rencontre pour une campagne d'information visant à faire augmenter le taux de prescription de l'HAD directement depuis le domicile. A noter qu'il existait également un manque d'information auprès des familles.

Ainsi quatre obstacles étaient mis en avant :

L'affirmation que le coût d'une journée d'HAD serait moins élevé qu'une journée d'hospitalisation conventionnelle restait à étayer. Il n'existe pas à ce jour de comparaison entre le prix d'une prise en charge par l'HAD et par des professionnels libéraux, dans certains cas de prise en charge.

Il existait une dispersion trop importante des structures qui restaient de petite taille, limitant ainsi leur développement sur certains points, tels que l'astreinte médicale notamment.

Le système de rémunération à l'activité semble dépassé, une réforme de tarification étant en cours pour 2020 (4).

Enfin des travaux étudiant le point de vue des patients et des familles pris en charge par l'HAD pourraient apporter des éléments intéressants au développement de cette prise en charge.

VII. Conclusion

En 60 ans d'évolution en France, l'HAD semble désormais bien inscrite dans le parcours de soins des patients, proposant une alternative entre hospitalisation conventionnelle et prise en charge libérale simple au domicile. Mais si elle est bien définie par divers textes législatifs, la mise en pratique reste parfois difficile et ces structures ne sont pas utilisées au maximum de leurs capacités.

Bien qu'étant les pivots de la prise en charge du patient par l'HAD, les médecins généralistes sont encore trop confrontés à la barrière secteur hospitalier/secteur libéral.

Dans notre étude, bien que globalement satisfaits de l'HAD d'Ajaccio, les médecins généralistes mettaient en avant le manque d'information global concernant cette structure et son utilisation. Ils souhaitaient ainsi qu'une meilleure information leur soit communiquée par la structure, sur les modalités de fonctionnement notamment.

Ils auraient également souhaité que le rôle du médecin coordonnateur se développe, devenant plus présent au chevet du patient, permettant ainsi de soulager le médecin traitant dans des prises en charge souvent lourdes.

Le système de rémunération actuel les satisfaisait pour la plupart et ils ne souhaitaient pas d'incitation financière pour assurer le suivi de ces patients. Cependant le sentiment qu'il s'agissait de patients lourds et donc plus chronophages dans la gestion de leur activité de cabinet était partagé quasi unanimement.

On retrouvait, en particulier chez les médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD, une crainte concernant l'absence de permanence des soins au niveau médical de la part de la structure.

Enfin un des principaux freins à l'utilisation de l'HAD retrouvé dans cette étude était le manque de confiance dans l'équipe paramédicale de la structure avec des médecins préférant mettre en place leurs équipes infirmières habituelles avec qui la communication se faisait mieux.

Des réformes concernant le système de financement de l'HAD sont actuellement en cours, permettant de faire évoluer ce mode de prise en charge. Toutefois certaines limites telles que les difficultés liées à l'éloignement géographique persistent. L'emploi de technologies modernes telles que la téléassistance et la télémédecine pourraient à terme apporter certaines solutions.

L'HAD doit donc continuer d'évoluer en tenant compte des contraintes actuelles d'économie de la santé. Les habitudes des médecins devant, quant à elles, s'adapter en vue d'une meilleure collaboration entre le secteur hospitalier et le secteur libéral pour le bien être du patient.

VIII. Bibliographie

1. CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. 2017 [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_14766.pdf
2. Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. Rev Fr Aff Soc. 2005;(3):157-82.
3. Hospitalisation à domicile: chiffres clés 2016 [Internet]. 2017 [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_had_2016.pdf
4. Compte rendu de la commission des affaires sociales: mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/cr-mecss/15-16/c1516004.pdf>
5. CIRCULAIRE N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. 2017 [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf
6. Magnet M, Hullen C. L'évolution de l'hospitalisation à domicile en France. Oncologie. 1 juin 2006;8(1):hs8-hs12.
7. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 décembre, 1970.
8. Qu'est-ce que l'HAD ? – FNEHAD [Internet]. [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>
9. Ameli : Les circulaires de la CNAMTS [Internet]. [cité 14 août 2017]. Disponible sur: <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/cgi-ameli/aurweb/ACIRCC/FICHEA?6388&FIC=CC7410/741029-A.ASC&TYPRECH=cymqhdzbonnzhp&SEL=O>
10. Circulaire du 12 mars 1986 RELATIVE A L'HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS.
11. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juillet, 1991.
12. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. 99-477 juin, 1999.
13. CIRCULAIRE N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 24 juill 2017]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15980.pdf

14. Complément du 11 décembre 2000 à la circulaire DH/EO 2 n° 2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 31 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Complement-du-11-decembre-2000-a.html>
15. Arrêté du 31 décembre 2003 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 14 des communes et de leurs établissements publics administratifs.
16. LOI n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.
17. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
18. Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. 2012-1030 sept 6, 2012.
19. Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. 2012-1031 sept 6, 2012.
20. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
21. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 février, 2016.
22. Code de la santé publique - Article R6121-4. Code de la santé publique.
23. Code de la santé publique - Article D6124-309. Code de la santé publique.
24. Code de la santé publique - Article R712-2-1. Code de la santé publique.
25. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 7 août 2017]. Disponible sur: http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/01/guide-methodo-had-2016-version-provisoire_1_publie_110116.pdf
26. Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier. 83-744 août, 1983.
27. Arrêté du 23 décembre 2016 relatif à la justification de l'identité, du domicile, de la résidence normale et de la régularité du séjour pour l'obtention du permis de conduire.
28. Programme de médicalisation des systèmes d'information relatif à l'hospitalisation à domicile (PMSI) Publication ATIH [Internet]. [cité 2 août 2017]. Disponible sur: <http://www.atih.sante.fr/programme-de-medicalisation-des-systemes-dinformation-relatif-lhospitalisation-domicile-pmsi>

29. Code de la santé publique - Article L5126-6. Code de la santé publique.
30. Code de la santé publique - Article R5126-112. Code de la santé publique.
31. Rapport-annuel HAD 2015-2016 [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-annuel_int-web.pdf
32. Site de l'UMCS - Union des Mutuelles de Corse - Santé [Internet]. [cité 14 août 2017]. Disponible sur: <http://www.umcs.fr/>
33. Fanton Y. Présentation de l'HAD UMCS. 2017 juill 11.
34. Fanton Y. Rapport d'activité HAD de l'UMCS 2016. 2017 juill 11.
35. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf
36. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales: méthodes et exercices corrigés. Paris, France: A. Colin, DL 2006; VI-352.
37. Bertazzon O, Devetakov Y. Hospitalisation à domicile: offre de soins en expansion A propos d'une enquête prospective auprès des médecins traitants. Université d'Aix-Marseille II; 2009.
38. Lelu P. L'hospitalisation à domicile et le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Aix Marseille 2; 2001.
39. Neumann E, Laurent-Montero F. Role des intervenants libéraux en hospitalisation à domicile: (enquête auprès des médecins traitants et infirmiers partenaires du Centre Hospitalier d'Aix-en-Provence). [France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008.
40. Mallet-Georger A. Ressenti du médecin généraliste lors d'une prise en charge avec l'HAD: étude qualitative sur le secteur de l'HAD de Perpignan [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine;
41. Leung I, Casalino E, Pateron D, Gâteau G, Garandeau E, Stampa M de. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. Santé Publique. 27 oct 2016;28(4):499-504.
42. Deschamps E, Aumaitre B. Place de l'hospitalisation à domicile en France et en région PACA dans les Hautes-Alpes: enquête auprès des médecins généralistes du territoire de l'antenne briançonnaise sur les freins et motivations à leur implication. Aix-Marseille Université; 2013.
43. Dubost É. La nuit dans un service d'Hospitalisation à Domicile. Gérontologie Société. 2006;29(116):239-52.

44. Nicolas L, Franco A, Provost H, Amico L, Berenguer M, Lombard F, et al. Téléassistance en hospitalisation à domicile. Presse Médicale. 1 sept 2005;34(15):1059-64.
45. Dandoy X, Copin D. La télémédecine en hospitalisation à domicile. Soins. 12 mai 2016;61(810):48-50.

IX. Annexes

1. Questionnaire quantitatif recueillant les caractéristiques des médecins interrogés

- 1- Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme
- 2- Quel âge avez-vous ?
- 3- Depuis combien d'années exercez-vous en médecine libérale/êtes-vous installé en cabinet de médecine libérale ?
- 4- Effectuez-vous des visites à domicile dans le cadre de votre activité ?
- 5- Exercez-vous seul ou en groupe ?
- 6- Exercez-vous une activité en établissement de santé en parallèle de votre activité libérale ? Si oui, laquelle ?
- 7- A combien de patients estimez-vous votre patientèle ?
- 8- Avez-vous déjà travaillé avec l'HAD d'Ajaccio ?

2. Guide d'entretien individuel semi-dirigé des médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD

- 1- Connaissez-vous la structure d'HAD présente sur Ajaccio ? Si oui comment ?
- 2- Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous jamais eu recours à cette structure dans votre activité ?
- 3- Quelles indications de mise en HAD d'un patient connaissez-vous ?
- 4- Vous sentez-vous suffisamment informé concernant cette structure et ses modalités de mise en place ?
- 5- Si non : Par quel moyen souhaiteriez-vous être informé sur les modalités de fonctionnement de l'HAD ?
- 6- Quel serait votre principal frein dans la mise en place d'un patient en HAD ?

- 7- Avez-vous déjà refusé la mise en HAD d'un patient ? Si oui, pour quelle(s) raison(s)
- 8- Vous a-t-on déjà refusé la mise en HAD d'un patient ? Si oui, pour quel(s) motif(s)
- 9- A quelles structures avez-vous recours en alternative à l'HAD ?

3. Guide d'entretien individuel semi-dirigé des médecins ayant déjà travaillé avec l'HAD

- 1- Comment avez-vous eu connaissance de la structure d'HAD d'Ajaccio ?
- 2- A ce jour combien de patients avez-vous suivi en HAD ?
- 3- Qui était à l'initiative de la mise en place de l'HAD le plus souvent ?
- 4- Quels sont les principaux motifs de mise en HAD de vos patients ?
- 5- Que pensez-vous du rôle du médecin coordinateur ? Avez-vous déjà rencontré des problèmes ?
- 6- D'après vous comment de rôle pourrait-il être amélioré ?
- 7- Que pensez-vous des moyens de communication entre les différents intervenants de l'HAD et vous ? Selon vous comment pourraient-ils être améliorés ?
- 8- Avez-vous connaissance des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires au sein de l'HAD ? Vous y êtes-vous déjà rendu ? Si non, pour quelle(s) raison(s) ?
- 9- Que pensez-vous du système de rémunération concernant le suivi des patients en HAD ?
- 10- Quel(s) autre(s) moyen(s) vous semblerai(en)t plus intéressant ? approprié ?
- 11- Etes-vous satisfait de la prise en charge de vos patients par cette structure ?
- 12- Que proposeriez-vous pour amener les médecins à utiliser plus souvent l'HAD ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Résumé

Introduction : Apparue en France en 1957, l'hospitalisation à domicile avait pour but initial de désengorger les hôpitaux et de développer une prise en charge technique au domicile des patients. Actuellement positionnée en tant qu'alternative à l'hospitalisation conventionnelle, on constate un défaut de prescription de ces structures, en partie de la part des médecins généralistes, entraînant un infléchissement de la courbe de croissance ces dernières années. Dans ce contexte, il semblait intéressant d'interroger directement des médecins généralistes concernant leur ressenti sur l'HAD, afin d'en faire ressortir d'éventuels axes d'amélioration pour une meilleure utilisation.

Méthode : Le recueil des données a été réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant sur Ajaccio et ses alentours. Les grilles d'entretiens permettaient de séparer les médecins en deux groupes : ceux ayant déjà travaillé avec l'HAD et ceux n'ayant pas travaillé avec l'HAD.

Résultats : Vingt et un entretiens ont été réalisés, 5 concernant des médecins n'ayant pas travaillé avec l'HAD, et 16 ayant déjà travaillé avec l'HAD. Les premiers rapportaient un manque d'information concernant la structure et ses modalités de prescriptions. Ils préféraient utiliser leur propre réseau de soins libéraux, et reprochaient l'absence d'astreinte médicale au sein de la structure. Les seconds étaient satisfaits de la prise en charge de leurs patients par la structure. Cependant, ils auraient souhaité que le rôle du médecin coordonnateur soit développé, lui permettant une plus grande implication auprès des patients. Ils auraient également été favorables à une meilleure communication avec les différents intervenants de la structure et à une plus grande information, en particulier concernant les motifs de la mise en HAD directement depuis le domicile.

Conclusion : Bien qu'acteurs de l'HAD, les médecins généralistes sont encore trop confrontés à la barrière secteur hospitalier/secteur libéral. Une évolution des habitudes de travail est à prévoir pour permettre un meilleur développement de ce type de prise en charge.

Mots clés : hospitalisation à domicile, médecin généraliste, médecin coordonnateur, ressenti, étude qualitative.