



HAL
open science

Difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile : étude qualitative en focus groupe réalisée auprès des médecins généralistes du Var

Alexandre Gremillet

► **To cite this version:**

Alexandre Gremillet. Difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile : étude qualitative en focus groupe réalisée auprès des médecins généralistes du Var. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01913323

HAL Id: dumas-01913323

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01913323>

Submitted on 6 Nov 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.

Difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile : étude qualitative en focus groupe réalisée auprès des médecins généralistes du Var

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 5 Décembre 2017

Par Monsieur Alexandre GREMILLET

Né le 17 mai 1981 à Saint-Dié-des-Vosges (88)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Président

Monsieur le Docteur DURAND Jean-Yves

Directeur

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Madame le Professeur GUIEU Régis

Assesseur

Difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile : étude qualitative en focus groupe réalisée auprès des médecins généralistes du Var

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 5 Décembre 2017

Par Monsieur Alexandre GREMILLET

Né le 17 mai 1981 à Saint-Dié-des-Vosges (88)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Président

Monsieur le Docteur DURAND Jean-Yves

Directeur

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Madame le Professeur GUIEU Régis

Assesseur

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

CAMILLERI 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 MEDICALE
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)
HOUVENAEHEL 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)

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

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-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)

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)

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

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

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**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)

DELARQUE Alain (PU-PH)

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

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)

EBBO Mikael (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)

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)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

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 Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME,

Vous me faites l'honneur de présider ma thèse, je vous remercie pour votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect

A Monsieur le Professeur GUIEU,

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury

Soyez assuré de ma reconnaissance sincère

A Monsieur le Professeur ROSSI,

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude

A Monsieur le Docteur DURAND,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail et d'être membre de mon jury.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité et vos conseils.

A mes parents, *vous m'avez toujours encouragé, soutenu au cours de ces longues études et donner le goût du travail...*

A ma sœur, *pour m'avoir soutenu et même supporté dans les difficultés.*

A ma famille, tantes, oncles, cousins et cousines, *pour leur soutien et ces beaux étés passés tous ensemble...*

A ma grand-mère, *qui m'a permis depuis mon plus jeune âge, de passer mes vacances en Italie et goûter à ses bons petits plats...*

A Marie-Laure, *tu as su être à l'écoute tout au long de la rédaction de cette thèse, ce qui n'a pas été toujours chose facile, je le sais et je t'en remercie. Je pense que l'avenir nous réserve encore de belles choses !*

A mes amis, les anciens du lycée : Nico, Favenec, sans oublier Débo, Chris... mais aussi de la fac de pharma : Nicholas, Fabrice, Guigoz... et de médecine Ludo, Sébastien... Merci pour les soirées et les bons moments passés ensemble.

A Madame le Docteur AMEZIANE, avec qui je travaille maintenant depuis plusieurs années et qui m'a toujours soutenu, merci pour votre gentillesse et vos précieux conseils...

A M. le Docteur DELHOUM pour ses conseils avisés...

A M. le Docteur BENZAQUI pour son aide dans mon travail...

A tous les médecins et les équipes paramédicales croisés au fil de mes stages d'externat puis d'internat, vous avez participé à la conception du médecin que je suis.

A mes patients...

A tous les médecins qui ont participé aux entretiens, un grand merci pour le temps que vous m'avez offert et pour tout l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour sa réalisation.

Une pensée particulière à mes grands-parents et Patrick, j'aurais tant voulu que vous soyez présents en ce jour si important pour moi, vous serez toujours dans mon cœur, je vous dédie cette thèse.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »
Louis PASTEUR

« Il n'y a que les mauvais médecins qui désespèrent de la guérison »
Sénèque

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	3
II. ETAT DES LIEUX SUR L'HAD.....	4
1. Définition de l'HAD	4
2. Histoire de l'HAD.....	7
3. Les principaux enjeux actuels	9
4. L'HAD en chiffres.....	10
5. L'HAD dans le Var.....	12
III. MATERIEL ET METHODE	14
1. Recherches bibliographiques.....	14
2. Choix de la méthode	14
3. Les entretiens	15
3.1. Choix des médecins	15
3.2. Prise de contact	15
3.3. Déroulement des entretiens	16
3.4. Transcription des données	18
4. Analyse des données recueillies	19
IV. RESULTATS.....	20
1. Caractéristiques des médecins généralistes	20
2. Déroulement des entretiens.....	21
3. Analyse des entretiens.....	21
3.1. Expériences des médecins généralistes de l'HAD	21
3.1.1. Les médecins généralistes sont peu à l'initiative de la prescription d'HAD	21
3.1.2. Une expérience et une connaissance relativement limitée de l'HAD.....	22
3.1.3. Un lieu de prise en charge essentiellement au domicile des patients	22
3.1.4. L'HAD représente un faible recours actuel	23
3.1.5. Les principales indications évoquées par les médecins généralistes sur la prescription d'HAD dans leur pratique sont limitées.....	23
3.2. Difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge d'un patient en HAD	25
3.2.1. Des rôles flous mal définis par les médecins généralistes.....	25
- Rôle du médecin généraliste	25
- Rôle du médecin coordonnateur	25
3.2.2. Difficultés d'une prise en charge jugée trop lourde	25
- Pour la prise en charge médicale.....	25
- Pour la prise en charge administrative.....	26
3.2.3. Une prise en charge chronophage	27
3.2.4. Il existe des problèmes d'intégration du médecin traitant au sein de l'HAD	27
- Le médecin traitant a le sentiment d'être dépossédé	27
- Les compétences du médecin traitant sont quelques fois mises à l'épreuve : déresponsabilisation	28
- Le médecin traitant se sent exclu de la prise en charge	28
- L'adaptation du médecin traitant dépend de l'équipe de l'HAD.....	29
3.2.5. Certains ont le sentiment que l'HAD leur est imposée.....	29
3.2.6. Des problèmes de communication et de coordination avec l'équipe d'HAD	29
3.2.7. Le problème de la rémunération.....	30
- Complexe	30
- Insuffisante	30
3.2.8. Des difficultés dans la gestion des relations entre la famille du patient et l'équipe HAD	30
3.3. Opinions des MG sur les apports de l'HAD	31
3.3.1. Vis-à-vis des patients	31
- Une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée des patients	31
- Permettre une meilleure qualité de vie au patient	32

- Place importante du médecin généraliste qui connaît son patient.....	32
3.3.2. Vis-à-vis des familles.....	33
- L'HAD permet de répondre au souhait des familles.....	33
- Permettre une participation active des familles.....	33
3.3.3. Vis-à-vis des médecins généralistes	33
- Réactivité du personnel de l'HAD.....	33
- Une équipe spécialisée apportant une aide à la prise en charge du patient	34
- Meilleure coordination des soins	34
- Plus sécurisant	34
- Modification de la pratique habituelle	34
- Lien hospitalo-libéral	35
- Renforce le rôle du médecin traitant:.....	35
- L'HAD apporte une aide à la gestion globale du patient :.....	35
- Respect du souhait du patient	35
3.3.4. Vis-à-vis de l'HAD	36
- Economiquement favorable.....	36
V. DISCUSSION	37
1. Méthodologie	37
1.1. Aspects positifs de l'étude	37
1.2. Limites de l'étude	38
2. Intérêts de l'étude.....	38
3. Discussion des principaux résultats et confrontation aux données de la littérature.....	38
3.1. Objectif principal : identifier les réserves à la prise en charge des patients en HAD par les médecins généralistes en analysant les difficultés exprimées et leurs opinions.....	39
3.1.1. Une expérience et une connaissance limitée	39
3.1.2. La lourdeur de la prise en charge des patients en HAD.....	41
3.1.3. Des difficultés de communication et de coordination.....	42
3.1.4. Le MT est confronté à des difficultés d'intégration	44
3.1.5. Difficultés avec la famille.....	45
3.2. Objectif secondaire : état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur les indications et les apports de l'HAD	46
3.2.1. Les indications de l'HAD limitées.....	46
3.2.2. Opinions des MG sur les apports de l'HAD.....	47
- Pour les patients	47
- Une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient avec la participation du MG :	47
- L'HAD permet de répondre au désir du patient de rester à son domicile.....	48
- Pour les familles.....	49
- L'HAD permet de répondre à leur demande d'avoir leur proche au domicile tout en leur permettant d'avoir une participation active	49
- Pour les médecins généralistes	49
- L'HAD : une aide pour les MG :	49
- Valorisation du rôle du MT :	50
- Permettre de répondre à la volonté des patients :	50
4. Sujets non abordés par notre étude	51
VI. CONCLUSION	52
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
VIII. ANNEXES.....	58
Annexe 1.....	58
Annexe 2.....	59
Annexe 3.....	60
Annexe 4.....	61
Annexe 5.....	68
IX. Abréviations.....	72

I. INTRODUCTION

Instaurée en France au début des années 50 dans le but de désencombrer les hôpitaux, ce n'est qu'en 1970 que l'HAD obtient sa reconnaissance légale par le biais de *l'article IV de la loi n°70-1318 de la réforme Hospitalière* : « 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. » **(1)**

En 2009, La loi « Hôpital Patients Santé Territoire » (HPST) reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière. **(2)**

Dans un contexte à la fois de vieillissement de la population, d'augmentation de l'espérance de vie, du désir de plus en plus important des patients à être soignés chez eux, et de l'apparition de pathologies chroniques, on observe une forte volonté politique de promouvoir ce dispositif en collaboration avec les différentes structures ; DHOS, ARH, HCAAM. (Circulaire du 4 décembre 2013 à destination des ARS). **(3) (4) (5)**

Les médecins généralistes ont une place à part entière dans la prise en charge des patients en HAD depuis le décret du 2 Octobre 1992, dont le rôle est conforté dans les textes législatifs qui ont suivi. (Circulaire du 30 mai 2000 et celle du 1^{er} décembre 2006) **(6) (7)**

La FNEHAD montre cependant que globalement les médecins hospitaliers demeurent les principaux prescripteurs. En effet, les médecins généralistes n'y recourent que peu fréquemment. Ce mode d'entrée reste ainsi minoritaire en proportion, la part des prescriptions émanant du domicile ayant même diminué entre 2006 et 2015, passant de 41% **(8)** à 31% à l'échelle nationale.**(7)**

Fort de ce constat, différentes études quantitatives mais aussi quelques études qualitatives ont été réalisées pour définir le vécu et l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes, notamment une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de la Meuse, département rural où le recours global à l'HAD était particulièrement faible. **(9)**

Aucune étude ne s'est intéressée à la pratique des médecins généralistes du Var ; département où le taux de recours global à l'HAD (en nombre moyen de patients par jour et pour 100 000 habitants) est supérieur à la moyenne nationale (28,8 contre 19, 3 en 2015) **(10)**, mais reste encore insuffisant, notamment pour les prescriptions émanant du domicile. Il paraissait donc intéressant de porter notre travail dans ce département.

L'objectif principal de notre étude était donc d'analyser les difficultés ressenties et les opinions des médecins généralistes du Var sur la prise en charge d'un patient en HAD afin de mieux décrire et comprendre les réserves de ces derniers à utiliser cette forme de prise en charge, et ainsi objectiver si les mesures prises par les pouvoirs publics répondent à leurs difficultés.

L'objectif secondaire était de faire un état des lieux de leurs connaissances sur les indications et les apports de l'HAD.

II. ETAT DES LIEUX SUR L'HAD

1. Définition de l'HAD

L'HAD est une hospitalisation à part entière qui permet à un malade atteint de pathologie(s) lourde(s) et évolutive(s), de bénéficier chez lui (c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui l'héberge et en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux, continus, complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer.

La singularité par rapport aux autres structures locales (comme les SSIAD), se caractérise donc par l'intensité et la multiplicité des actes et des interventions au domicile du patient.

Les soins apportés à ces malades (souvent polypathologiques) sont donc de nature hospitalière. Ils sont souvent complexes et requièrent une technicité spécifique.

La prise en charge est formalisée dans un protocole des soins adapté à chaque patient (projet thérapeutique) ; qui regroupe les compétences médicales, sociales et psychologiques, avec l'accompagnement et le soutien de l'entourage.

Il s'agit d'une prise en charge qui est donc globale, complète et longue, pour une durée limitée dans le temps mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. **(7) (11)**

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement. **(12)** L'HAD se développe au sein de structures qui diffèrent par leur statut, leur taille, leur situation financière **(5)**, à savoir des HAD « autonomes » et des HAD « rattachées » à un établissement public ou privé. En 2015, les structures publiques représentent 41% des structures autorisées, les structures privées à but non lucratif 41% et les structures à but lucratif 18 %.**(12)**

La prise en charge du patient est évaluée selon la séquence de soin définie par le MPP, le MPA (et parfois documentaire si le patient a plus de deux modes de prise en charge), l'état de dépendance (AVQ) et l' (IK). Ce dernier est réévalué au moins une fois par semaine. **(Annexe n° 1,2 et 3)**

La facturation est définie par le dispositif législatif et réglementaire de la T2A. Il y a versement d'un forfait journalier de séjour et de soins appelé groupe homogène de tarifs (GHT), dont le montant résulte des pondérations associées aux combinaisons de quatre variables : MPP, MPA, IK (qui représente le groupe homogène de prise en charge (GHPC)) et la durée de prise en charge. **(13)** Ce tarif journalier comprend tous les frais liés à l'hospitalisation notamment les honoraires des médecins (dans les HAD publiques), du personnel paramédical, mais aussi les frais liés aux médicaments, au matériel et au transport.

En somme, l'HAD permet donc d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. **(5)**, en permettant un lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, où la coopération entre les professionnels de santé est donc indispensable. Elle se veut polyvalente et généraliste.

Comme nous l'avons souligné, le médecin traitant a une place importante dans le dispositif, et l'admission en HAD ne peut se réaliser sans son accord.

Les intervenants comprennent en plus : le médecin coordonnateur, le médecin hospitalier, le cadre infirmier, le personnel paramédical et les autres partenaires.

Les rôles de chacun sont définis dans le (CSP) :

Le médecin traitant : Il a été désigné par le patient qu'il connaît souvent depuis de nombreuses années, ce qui a toute son importance pour la prise en charge psychosociale de ce dernier. L'HAD ne peut se réaliser sans son accord ; le patient peut donc entrer en HAD de deux manières :

- Soit c'est le médecin traitant lui-même qui a fait la demande de séjour HAD : Il est le « prescripteur ».
- Soit le séjour fait suite à une hospitalisation classique. Le médecin traitant doit toutefois donner son accord de prise en charge, en discussion avec le prescripteur, le patient et son entourage.

Au début de la prise en charge, le médecin généraliste signe une convention qui formalise cet accord après sollicitation du médecin coordinateur. Il participe à l'élaboration du protocole de soins.

Au cours du séjour en HAD, il assure le suivi médical, rédige les prescriptions médicales et adapte si nécessaire les traitements. Il peut faire intervenir un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur.

Les visites périodiques organisées au domicile du patient peuvent être coordonnées avec l'HAD. La fréquence des visites n'est pas définie, elle varie selon la situation clinique du patient et l'organisation propre à chaque professionnel. **(14) (15)**

C'est le médecin généraliste qui est le prescripteur durant le séjour. Il consigne ses actions dans le dossier médical du patient à son chevet.

Pour la sortie de l'HAD, il est sollicité par le médecin coordinateur mais peut demander à ce dernier de mettre fin à l'HAD s'il considère que l'état de santé du patient ne la justifie plus.

La rémunération des médecins généralistes se fait sur la base des tarifs conventionnels directement par l'HAD dans le cas des HAD publiques et par la caisse d'assurance maladie dans le cas des HAD privées. **(16)**

Qu'il soit ou non le prescripteur du séjour, il est donc le pivot dans l'organisation d'une HAD, ce qui en fait le médecin référant au centre du système.

- Le médecin coordonnateur de l'HAD : Fonction créée par la circulaire d'octobre 1992, il émet un avis médical pour toute admission et sortie d'un malade en s'appuyant sur des protocoles établis en concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant tout en prenant en compte l'enquête médico-sociale. Il ne prescrit pas, ne soigne pas et ne se substitue pas au médecin prescripteur. Les conditions techniques de fonctionnement (CTF) de l'HAD permettent toutefois au médecin coordonnateur de prescrire en cas de besoin. **(7)** Cependant, il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins. L'HAD étant un service hospitalier, le médecin coordonnateur participe à la continuité des soins. Cela nécessite de pouvoir être joint 24h/24 ; il existe donc des astreintes que se partagent les médecins coordonnateurs. Il participe également à la formation du personnel paramédical et doit s'assurer de la prise en charge globale du patient en coopérant avec les services sociaux rattachés ou non à la structure, afin de ne pas négliger les aspects familiaux, professionnels, financiers et sociaux d'un accompagnement personnalisé. Il assure également la qualité de la saisie de l'information médicalisée. **(5) (12)**

- Les médecins hospitaliers : Selon une étude publiée par l'IRDES en mars 2009 sur l'exploitation des données du PMSI de l'HAD de 2006 **(8)**, ils sont les prescripteurs d'HAD dans neuf cas sur dix dans les suites d'une hospitalisation, d'une consultation externe ou d'un passage aux urgences. Par leur rôle d'expert pour certaines pathologies fréquemment traitées en HAD, (oncologie, neurologie, gériatrie), ils mettent à disposition du service d'HAD des procédures et des protocoles thérapeutiques, et selon l'évolution de l'état de santé du patient, ils s'engagent à réadmettre sans délai, si nécessaire, un patient transféré en HAD.

- Le (la) cadre infirmier(e) de l'HAD : Salarié de la structure, il est en relation avec les différents intervenants, assurant leur coordination mais également la continuité et la qualité des soins. En lien avec le médecin traitant, il évalue régulièrement la situation du patient et de son environnement et organise la sortie du malade en s'assurant que les relais utiles soient mis en place.

- Les infirmier(e) s libéraux (ales) : En tant qu'équipe de soins habituelle, assurent les soins auprès des malades à son chevet, sous réserve de la signature d'une convention avec la structure d'HAD.

- Les infirmier(e) s et les aide-soignant(e) s salarié(e) s de l'HAD : Ils interviennent en complémentarité ou en totalité en fonction des besoins et des soins nécessaires.

- L'assistant(e) social(e) de l'HAD : Indispensable à une prise en charge globale, il évalue le réseau familial et social dans le but de garantir un déroulement optimal des soins, détermine les besoins d'aide en fonction du projet thérapeutique et accompagne la famille et le patient dans leur mise en œuvre. (Aides ménagères, portage des repas).

- Le (la) psychologue de l'HAD : Indispensable car souvent les patients souffrent de pathologies lourdes, il assure un soutien psychologique aux patients et/ou à leur entourage, afin d'éviter notamment les phénomènes d'épuisement et réhospitalisation. **(14)**

- Le pharmacien : La délivrance des médicaments se fait par la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'HAD ou par une officine, après accord formalisé dans une convention, avec nécessité de contrôles aux différents niveaux du circuit du médicament. **(17)**

- L'ergothérapeute : Apporte des éléments pratiques afin de récupérer ou faciliter certains gestes de la vie quotidienne pour une plus grande autonomie du patient. **(18)**

- Les kinésithérapeutes, pédicures-podologues, diététiciennes : Ils apportent leurs compétences au service du patient, toujours dans le cadre d'une prise en charge globale.

- Les partenaires et prestataires de services : L'HAD peut travailler en collaboration avec des structures de soins tels les SSIAD pour dispenser des soins de nursing. **(19)**

2. Histoire de l'HAD

- Jusque dans les années 1970, on observe une volonté de pouvoir prendre en charge des patients au domicile mais aucune réglementation n'existait :

En 1790, LA ROCHEFOUCAULT-LIANCOURT a posé le concept de retour à domicile des mendiants et indigents qui étaient placés dans les hôpitaux généraux, alors qu'il était président du Comité de Mendicité de l'Assemblée Constituante.

En 1945, le Professeur BLUESTONE créa la première forme d'hospitalisation à domicile. Ce furent les premières expériences américaines « Home Care ». Elles étaient fondées sur l'association des ressources de la médecine moderne et des contributions affectives, sociales et matérielles que la famille, le domicile et les soignants apportaient aux thérapeutiques prescrites aux patients. Le concept de « Home Care » ou d'alternative à l'hospitalisation regroupait l'ensemble des soins dispensés au domicile du patient, d'un nombre et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de lui être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle. Il s'agissait bien de privilégier le maintien à domicile du malade, tout en lui assurant la même qualité de soins qu'en hospitalisation traditionnelle.

Ce n'est qu'en **1951** que fut mise en place la première expérience française à l'hôpital Tenon (Paris) par le Professeur SIGUIER. Il s'agissait d'une organisation similaire aux « Home Care » à partir de son service de médecine générale.

En 1957 fut créée la première structure d'HAD de l'AP-HP et l'admission du premier malade. Il s'agissait des hôpitaux de Tenon et de St Louis. L'HAD s'est imposée, d'une part en raison de l'évolution des pratiques médicales qui requièrent de moins en moins le recours à l'hospitalisation complète, et d'autre part en raison de la mutation des besoins des malades qui souhaitaient être soignés dans leur environnement familial.

En 1958 : Il y a eu la création de « Santé Service » à Puteaux (Hauts-de-Seine) sur l'initiative du Professeur DENOIX, directeur de l'hôpital Gustave Roussy de Villejuif. Dans un premier temps, cette structure était destinée aux malades cancéreux.

1960 : Première convention de l'AP-HP avec la C.P.A.M. Un certain nombre de métiers était représenté : le médecin hospitalier et le médecin traitant, l'assistante sociale, l'infirmière, l'aide-soignante et l'aide-ménagère.

A partir de **1965**, création des services HAD de pédiatrie, kinésithérapie, obstétrique, ergothérapie, diététique, nutrition parentérale.

Parallèlement, quelques secteurs de psychiatrie ont mis en place l'HAD pour les patients qu'ils suivaient, à partir de **1970**.

- A compter des années 70, différents textes réglementaires et législatifs vont paraître organisant, structurant, protégeant et promouvant l'HAD :

L'HAD a été instituée par la **loi hospitalière du 31 décembre 1970**. A ce titre, elle fait donc partie des structures sanitaires. Nous pouvons lire à l'article 4 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. »

En 1973 : Création de la FNEHAD **(20)** qui permet de réunir toutes les structures d'HAD.

En 1974 : La caisse nationale d'assurance maladie fixe les règles de fonctionnement des établissements d'HAD par la convention nationale parue dans la circulaire du 29 octobre qui précise les conditions d'admission et de fonctionnement de l'HAD.

Le début des années 80 est marqué par une période de faible évolution, où l'HAD peine à se développer.

La circulaire du 12 mars 1986 du ministère des affaires sanitaires et sociales permet l'extension de la prise en charge à tous les malades, excepté les patients psychiatriques. Cette circulaire permet également l'entrée d'un patient en HAD à partir d'une consultation externe et non plus nécessairement, au décours d'une consultation conventionnelle. Il y a la création également du taux de change : création d'une place de HAD obligeant la fermeture d'un ou deux lits d'hospitalisation conventionnelle.

1991 : loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière reconnaît l'HAD comme « une alternative à part entière à l'hospitalisation conventionnelle. »

Le décret n° 92.11.01 du 02 octobre 1992 stipule que « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. » « Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. » Il rend obligatoire l'avis du médecin coordinateur avec une continuité des soins et la prescription par les médecins libéraux est rendue possible. **(21)**

- Au début des années 2000, on observe une évolution et une expansion de l'HAD vers une réglementation sur la tarification et une polyvalence :

A partir du début des **années 2000**, il y a une définition du cadre de l'HAD : nécessité de définir un projet thérapeutique clinique et psychosocial, une requalification des séjours en fonction du degré de dépendance, du type de soins et des modes de prise en charge, une clarification du rôle des intervenants et une politique de soutien et d'expansion de l'HAD qui a débuté en France avec la disparition du taux de change (ordonnance du **30 septembre 2003**).

Les années 2004-2006 voient l'instauration de la T2A, l'élargissement des champs d'action (activités obstétricales, périnatales, pédiatriques) par la circulaire du 4 février 2004, la notion de polyvalence et généraliste de l'HAD, et la nécessité du positionnement de l'HAD à l'échelon régional avec l'intégration au sein des SROS. **(22)**

- **Depuis 2007 on assiste à l'évolution de l'HAD vers un mode d'hospitalisation à part entière où le médecin généraliste occupe une place centrale :**

En effet, déjà dans la circulaire du 1^{er} septembre 2006 consacrée à l'HAD, le médecin généraliste y est décrit comme le pivot dans l'organisation de la prise en charge du patient en HAD. Cette circulaire précise également les obligations et rôles des acteurs de l'HAD **(23)**

Le Décret du 22 février 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en EHPAD et EHPA, elle a été complétée par la circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social. **(7) (11)**

En 2009, la loi HPST reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle et elle en protège l'appellation. **(14)**

En 2012 : L'autorisation est faite aux structures HAD d'intervenir dans des établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social. **(3) (10)**

3. Les principaux enjeux actuels

Pour répondre à l'évolution de notre société quant aux changements économiques, démographiques et aux souhaits des patients de pouvoir rester chez eux **(24)**, l'essor de l'HAD est indispensable.

La circulaire du 4 Décembre 2013 à destination des ARS appelle donc à des évolutions profondes : **(3)**

- Les établissements d'HAD eux même devront « s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration de taille critique, de réactivité et de professionnalisation »
- Les établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement « devront intégrer l'HAD plus souvent y compris sur de nouveaux segments d'activité ou de façon plus précoce dans les parcours des patients »
- Les professionnels libéraux « devront répondre de façon coordonnée à l'ensemble des demandes qui ne nécessite pas la compétence de l'HAD, et apprendre à prescrire un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation peut être évité »

Quatre objectifs sont ainsi fixés par l'ARS :

- Conforter la structure de l'offre HAD.
- Améliorer l'accessibilité à l'HAD en encourageant notamment la connaissance de l'HAD par les médecins généralistes.
- Renforcer la pertinence du recours à l'HAD en s'appuyant en particulier sur les référentiels existants ou à paraître par l'HAS.
- Affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD en veillant notamment à la garantie de la continuité des soins.

Cette mobilisation devrait créer une forte dynamique de développement de l'HAD et permettre d'atteindre les objectifs pour 2018, c'est à dire passer de 0,6 % du nombre des séjours réalisés en hospitalisation avec hébergement (court et moyen séjour) à 1,2 %. **(3)**

4. L'HAD en chiffres

- **Nombre de structures et de journées d'hospitalisation** : On note au niveau national, une augmentation importante du nombre d'établissements entre 2007 et 2010 (plus 85 établissements en 3 ans) puis une stagnation, voire une diminution à partir de 2013.

En revanche le nombre de journées d'hospitalisation a doublé entre 2007 et 2013 mais reste insuffisant et tend même à se stabiliser à partir de 2013 tout comme le nombre de patients pris en charge.

	2007	2010	2012	2013	2014	2015
Nombre d'établissements	204	292	317	311	309	308
Nombre de journées en millions	2,38	3,63	4,2	4,37	4,44	4,63
Nombre de patients	56287	97624	104960	105144	105923	105008

Figure 1 : Activité au niveau national des structures HAD selon les chiffres de l'ATIH (7)

- **Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants** : on observe des disparités régionales dans les recours à l'HAD. Il est de 19,3 patients/j/100 000 habitants au niveau national. (25)

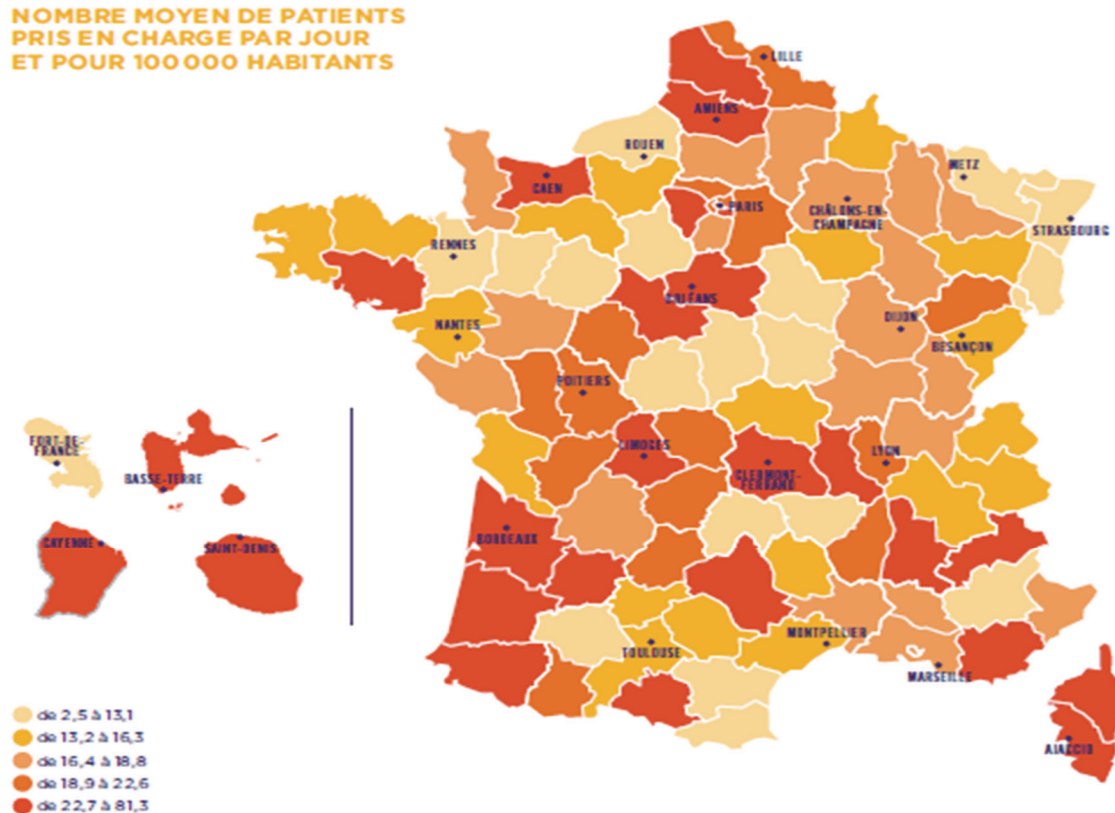


Figure 2 : Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants (source FNEHAD 2015) (25)

- **L'âge moyen des patients pris en charge** sur la base des séjours est de **58,5 ans** (alors qu'il était de 57,2 ans en 2014) ; cette augmentation est due à la sortie complète du post partum physiologique des indications d'HAD depuis 2015.

- **L'activité pédiatrique** reste relativement peu représentée avec **4,5 %** du nombre total de journées, concentrée sur peu d'établissements car six établissements assurent 50% de l'activité nationale.

- **Le niveau de dépendance des patients** : 57,8% des journées d'HAD concernent des patients connaissant un niveau de dépendance élevé, mesuré par l'IK **inférieur à 40%**.

- **Le 3 MPP** sont les **pansements complexes** (27%), les **soins palliatifs** (24%) et les **soins de nursing lourds** (10%) en 2015. Et sur la totalité des journées d'HAD, 34,6% concernent une pathologie cancéreuse.

- **La trajectoire des patients** : La plupart des patients en HAD (69%) proviennent de l'hôpital contre (31%) du domicile directement.

TRAJECTOIRE DES PATIENTS EN HAD EN 2015
(SOURCE : BASE NATIONALE – CALCULS FNEHAD)

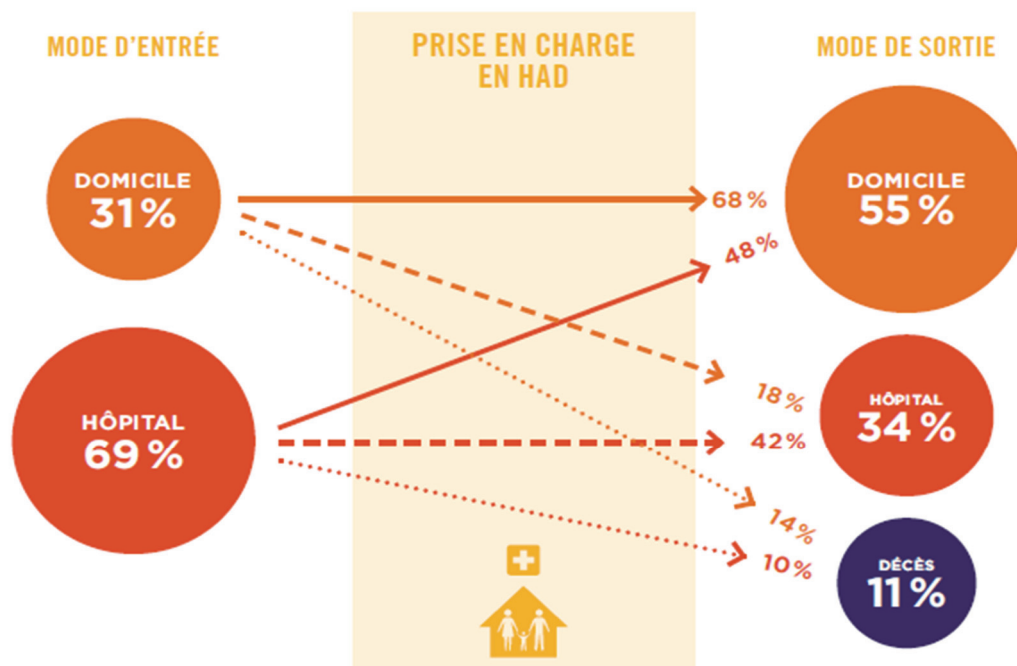


Figure 3 : Trajectoire des patients en HAD en 2015 (25)

- **La prise en charge en HAD dans les Etablissements d'hébergement** : elle est rendue possible depuis 2007 dans les EHPAD et dans l'ensemble des établissements sociaux ou médico-sociaux avec hébergement depuis 2012. En 2015, cette activité demeure sous utilisée, en effet cela représente **5,9 %** de l'activité totale réalisée par l'HAD, dont **93 %** en EHPAD. (25)

5. L'HAD dans le Var

- En région PACA, le nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants en 2015 était de **19,3** et atteignait le chiffre de **28, 8** dans le Var ; supérieur aux valeurs nationales.

- Le Var était le 2^e département de la région PACA en termes de nombre de séjours en 2015 (2051) derrière les Bouches du Rhône. (4161). **(25)**

- Différentes structures sont représentées dans ce département : CAP DOMICILE, HAD SAINT ANTOINE, POLYCLINIQUE NOTRE DAME et SANTE SOLIDARITE DU VAR.

UN EXEMPLE : Santé Solidarité du VAR : (26) (27)

C'est une association loi 1901 à but non lucratif, son secteur d'activité est notamment le bassin de santé toulonnais.

- Présentation :

L'association a été créée en 1982. Puis différents services d'HAD et SSIAD ont été successivement ouverts ; le premier à Toulon en 1983, puis à Brignoles en 2007 et enfin La Seyne sur Mer en 2009 aboutissant à une sectorisation du département du Var.

- Fonctionnement : L'équipe est composée de différents pôles :

- Pôle soins SSIAD/ESA
- Pôle médical HAD
- Pôle soins et psychosocial HAD
- Pôle administratif et financier
- Pôle informatique et technique
- Pôle logistique

- Activités : **(26) (28)**

Le mode d'entrée en hospitalisation à domicile : 85 % des entrées en HAD font suites à une hospitalisation conventionnelle.

Trois types de soins sont délivrés :

- Les soins ponctuels destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée, avec des soins techniques lourds et complexes. Ces soins sont fréquemment réitérés.

- Les soins continus destinés à des patients ayant une pathologie évolutive, pris en charge pour une durée non déterminée, associant des soins techniques plus ou moins complexes, de nursing, de maintien et/ou d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime.

- Les soins de réadaptation à domicile destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, cardiologique et/ou poly pathologique.

Les motifs de prise en charge principaux étaient en 2015, les soins de pansements complexes (25 077 journées) et les soins de nursing lourds (18 246 journées).

La structure s'est engagée dans un projet d'établissement (2013-2017) pour développer cette offre de soins : En effet, Santé Solidarité du Var s'inscrit dans une démarche de croissance à poursuivre dans une logique de territoire, permettant notamment de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès au système de santé, mettant en synergie les différents acteurs du système de santé et plus d'autonomie.

Les objectifs de capacité d'accueil fixés pour fin 2017 sont de 150 places ; en cohérence avec l'objectif du ministère de tutelle. **(29)**

Année	Sexe ration (% homme)	Age moyen (années)	classe Indice Karnofsky moyen	AVQ physique moyen	Nombre de séjours	Nombre de séjours terminés au cours de l'année	Durée moyenne de ces séjours (jours)	Nombre de journées
2015	44,80%	75,58	40	12,39	1101	923	75,32	66201
2016	51,40%	73,90	40	12,33	1240	1062	57,58	66168

Figure 4 : Tableau d'activités de l'HAD Santé Solidarité du Var en 2015 et 2016.

Pour l'année 2016, l'âge moyen des patients pris en charge est de 73,9 ans. Les données montrent également qu'il y a une tendance à une proportion plus importante d'hommes que de femmes (51,4% d'hommes en 2016) ceci est probablement lié au fait de l'espérance de vie plus importante des femmes leur permettant ainsi d'assurer le maintien au domicile de leur époux.

Les patients pris en charge en HAD ont pour un IK moyen de 40 (faible), ceci traduit une certaine dépendance des patients pris en charge en HAD et implique secondairement une lourdeur des soins prodigués.

III. MATERIEL ET METHODE

1. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en utilisant les sites : Pubmed, Google Scholar, Sudoc. Les mots clés rentrés dans ces bases de données étaient : « hospitalisation à domicile » « médecins généralistes » « home care » « general practice »

La recherche d'articles et de thèses traitant du sujet a débuté en septembre 2016.

Les articles internationaux n'avaient pas pour étude le ressenti des médecins généralistes. L'HAS concluait elle aussi que « l'organisation de l'HAD par pays étant particulièrement complexe à décrire et étant peu rapportée dans la littérature exploitée, il n'a pas été possible d'en faire état de manière plus détaillée ». **(30) (31)**

Nous nous sommes donc uniquement référés aux ressources documentaires françaises.

La gestion des références retenues a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

2. Choix de la méthode

Après discussion du sujet avec le Docteur DURAND, il nous a semblé évident d'utiliser la méthode qualitative avec entretien de groupe semi-directif, ou « focus groupe ».

En effet, le but de l'étude était d'analyser les difficultés ressenties et les opinions des médecins généralistes du Var lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile.

La dynamique de groupe a été utilisée pour faire émerger des points de vue, des questionnements et des remarques concernant l'expérience commune à tous les membres du groupe, alors que l'entretien individuel ou les méthodes d'analyse quantitatives ne pourraient pas les mettre en évidence. « Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre, plus que de mesurer » **(32)**, permettant ainsi d'explorer un certain nombre de questions complexes de médecine générale. **(33)**

Cette méthode suppose donc la prise en compte des interactions sociales, des attitudes et des prises de positions qui se jouent dans le cadre collectif de la discussion.

Elle réduit également le contrôle de l'enquêteur en transférant le pouvoir vers le groupe. **(34)**

Cette technique a répondu à plusieurs objectifs : collecter des opinions, évaluer des besoins, des attentes et des satisfactions, encourager les échanges autour d'un sujet donné et faire émerger des idées pouvant être inattendues pour le chercheur.

3. Les entretiens

3.1. Choix des médecins

L'étude a concerné les médecins généralistes installés dans le Var, et ayant eu au moins un patient pris en charge en hospitalisation à domicile.

Le recrutement des médecins a été fait à partir des connaissances du directeur de thèse, tous volontaires et de manière à diversifier au mieux l'échantillon. C'était donc un échantillon théorique par réseau, sa sélection ne visait pas une représentativité statistique mais une exploration de la plus grande diversité de témoignages afin de panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet.

Les caractéristiques de l'échantillon ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire quantitatif anonyme remis à la fin de chaque focus groupe.

Le nombre de prises en charge en HAD, l'âge, le sexe et le lieu d'exercice ont été les 4 principaux critères de choix :

- Nous nous sommes fixés le lieu d'exercice afin d'avoir un recrutement urbain et semi rural.
- Nous avons voulu respecter une certaine parité homme-femme afin d'avoir une analyse globale de la part des deux sexes.
- Quant aux nombres de prise en charge le directeur de thèse nous a orientés afin de définir les expériences de chaque médecin
- La prise en compte de l'âge nous paraissait importante afin d'avoir une analyse transgénérationnelle de la perception de l'HAD.
- Il y a eu l'inclusion d'un cas déviant : un médecin ayant une expérience en EHPAD.

3.2. Prise de contact

La première prise de contact s'est faite par téléphone :

- début novembre 2016 pour le premier groupe.
- début février 2017 pour le 2^{ème} groupe.

Nous nous sommes présentés et avons exposé le sujet de l'étude très brièvement afin de garder une certaine spontanéité lors de la réalisation des entretiens.

Le 2^{ème} contact s'est fait par mail où nous exposons l'objectif de l'étude, nous faisons un point sur la méthode et nous proposons une date pour réaliser l'entretien de groupe.

Mail envoyé (en novembre 2016 et février 2017)

*Bonjour, je me permets de vous recontacter à propos de mon sujet de thèse « **difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile : étude qualitative en focus groupe réalisée auprès de médecins généralistes du var** ». Je réalise cette thèse avec l'aide du Dr DURAND. Je vous propose une date afin de réaliser ce groupe d'expression : le (...)*

Si cette date vous convient ou ne vous convient pas, je vous remercie par avance de me le communiquer rapidement pour que je puisse m'organiser.

Je tiens à vous rappeler que le but de cette thèse est d'évaluer les difficultés ressenties de chacun et comprendre au mieux les opinions et motivations des médecins généralistes concernant la prise en charge en HAD. La méthode utilisée est celle du focus groupe qui permet de recueillir le vécu et ressenti de chacun. Toute opinion est intéressante même si elle est émise que par une seule personne.

Pour faciliter le travail dans un second temps, l'intervention sera intégralement enregistrée sur un dictaphone et retranscrite intégralement de façon anonyme.

Je vous remercie par avance de votre investissement.

Cordialement

GREMILLET Alexandre (Interne inscrit en année de thèse en médecine générale)

Afin de pallier aux oublis et atteindre l'objectif de 8 participants minimum pour les groupes nominaux **(35)**, nous avons contacté chaque médecin la veille de chaque soirée d'entretien de groupe.

3.3. Déroulement des entretiens

Lieux : Les entretiens de groupe se sont déroulés au domicile du directeur de thèse pour le premier et dans le cabinet médical pour l'autre. (Endroit neutre, convivial et agréable de façon à faciliter les discussions et mettre à l'aise les participants.)

Intervenants : il y avait trois « intervenants » au cours d'un focus groupe : Il fallait bien entendu les participants ainsi qu'un modérateur et un observateur ayant chacun des rôles respectifs : **(36)**

Les participants étaient regroupés autour d'une table, il leur a été distribué une feuille pour le questionnaire quantitatif, à remplir en fin de séance.

Dans cette méthode du focus groupe, le choix du **modérateur** était primordial. Son rôle était d'animer le groupe. Il imposait aux participants le sujet de leur réflexion et facilitait la discussion, la prise de parole, gérait éventuellement les tensions. Son but était de mettre en confiance chaque participant, de gérer les tours de parole, de solliciter ceux qui étaient plus réservés, de relancer, faire préciser voire reformuler, synthétiser les idées émises et voire même recadrer la discussion si nécessaire. Il avait un rôle d'émulation afin de maintenir une dynamique de groupe et d'échange entre les différents intervenants, sans jamais prendre position. Dans notre étude nous avons choisi de prendre le directeur de thèse, ce choix s'est fait par son aisance orale, son dynamisme, sa capacité à garder une attitude la plus neutre possible et pour son sens de l'humour.

A la fin de chaque séance, il effectuait une synthèse finale des discussions aux participants afin de vérifier si rien n'avait été oublié.

Il m'incombait d'avoir pour rôle celui de l'**observateur**, dont l'objectif était de s'occuper de l'enregistrement audio des entretiens et d'analyser les aspects non verbaux, les attitudes, les émotions et expressions des visages, le rythme du discours afin de compléter les données du discours verbal. Ceci a été possible en réalisant un plan de table et en procédant à des annotations sur papier. L'observateur ne devait pas prendre part à la discussion de groupe.

Au début de chaque entretien de groupe, j'ai présenté le modérateur et moi-même puis j'ai rappelé l'objet de la soirée par une introduction standardisée.

Autour de tables disposées en cercle, nous avons pris place et avons débuté l'enregistrement continu jusqu'à la fin du temps nécessaire.

Une prise de notes à la main et en temps réel a été également effectuée pendant le déroulement des discussions, notamment pour conserver une trace de ce qui s'est passé et échangé en dehors de l'interaction verbale, à savoir les apartés et les attitudes.

A la fin de chaque séance, le modérateur et moi-même avons réalisé un débriefing pour réaliser une synthèse et analyse de ce qui a été dit.

- **Introduction standardisée :**

« Bonjour ! Je me présente, je suis Alexandre GREMILLET, je suis actuellement interne en médecine générale et j'effectue des remplacements en cabinet libéral ainsi qu'en centre de rééducation dans une clinique. En parallèle de mon activité, je suis en train de réaliser ma thèse sur l'hospitalisation à domicile. Le but de mon travail est d'étudier les difficultés rencontrées, recueillir les opinions des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile dans le Var ainsi que les principales indications et apports de celle-ci. Je vais réaliser cette étude au travers d'entretiens de groupe semi-directifs. Je vais me faire aider au cours de cette soirée par le Dr DURAND, qui aura un rôle de modérateur. Il pourra ainsi reformuler, synthétiser vos idées sans prendre parti. En pratique, je vais enregistrer la soirée sur un dictaphone pour pouvoir analyser les données ultérieurement. L'anonymat est bien sûr préservé. J'aimerais donc à présent que vous me parliez de votre opinion et de vos difficultés ressenties lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile. »

Afin de mener à bien ces entretiens, nous avons réalisé un guide d'entretien qui est un fil conducteur articulé de questions courtes, claires et ouvertes : il s'articule autour de six thèmes :

- **Guide d'entretien :**

1. Quelle est votre expérience de l'HAD ?
2. Comment décririez-vous votre intégration à la prise en charge d'un patient en HAD ?
3. Quelles difficultés avez-vous déjà rencontrées lors de la prise en charge d'un patient en HAD ?
4. Quelles furent les indications pour lesquelles vous avez eu recours à une prise en charge en HAD?
5. Quels sont, selon vous, les apports de l'HAD ? Quelle(s) opinion(s) portez vous sur cette prise en charge ?
 - pour le patient
 - pour les familles
 - pour le médecin généraliste (ajouté pour le 2ème focus groupe)
6. Recours aisé à une HAD en PACA ? Votre pratique.

J'ai rédigé volontairement des questions courtes, claires, ouvertes et formulées à partir des données recueillies de la littérature afin de permettre de guider les entretiens et générer le plus grand nombre de réflexions. Le guide entretien a été complété avant le second focus groupe de manière à faire préciser d'avantage les opinions des participants. Nous avons pensé à un back up, afin de prévoir tout problème technique ; un dictaphone cassette et un enregistreur numérique ont été utilisés et placés au centre de la table pour enregistrer les entretiens (avec l'accord préalable des participants).

- **Questionnaire quantitatif :**

Neutre, court et anonyme, il a permis de recueillir les caractéristiques des participants afin de démontrer la pertinence de l'échantillon choisi.

Dans nos résultats, les données chiffrées et les caractéristiques ont été représentées sous forme de tableau dans le seul objectif de rendre compte de la diversité de nos informateurs et non dans l'objectif de faire valoir une quelconque représentativité de nos données.

3.4. Transcription des données

La transcription des données s'est faite mot à mot, sans modification ni reformulation, à l'aide du logiciel de traitement de texte MICROSOFT WORD dans les jours qui ont suivi les entretiens (de façon à pallier tout défaut de mémoire), en veillant à en assurer l'anonymat. Ceci a nécessité plusieurs heures de travail par séance. Les pauses et les expressions non verbales (rires, hésitations, interruptions) ont été notées en italique.

Pour plus de clarté et de façon à préserver l'anonymat des intervenants, les médecins (**M**) ont été identifiés par des lettres attribuées arbitrairement. La lettre (**F**) désigne le Focus groupe, elle est suivie du numéro du groupe auquel appartenait le médecin.

Afin de ne pas surcharger la thèse, nous avons choisi de faire figurer quelques exemples de citations issues des verbatims ; l'intégralité de la retranscription figurant en annexe. (**Annexe n° 4 et 5**)

4. Analyse des données recueillies

Le but de l'étude était d'analyser l'expérience, les difficultés ressenties et les opinions des médecins généralistes du Var sur la prise en charge des patients en HAD dans le but d'en expliquer la sous-utilisation observée et d'évaluer leurs connaissances sur les indications et les apports de l'HAD.

Chaque idée exprimée même si elle n'a été émise que par une seule personne a été prise en compte, et une seule information donnée dans un groupe avait un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans les 2 groupes.

Le logiciel NVivo a apporté une aide technique pour le repérage et l'organisation des données permettant l'analyse des entretiens selon un mode thématique.

En effet, l'analyse thématique précède l'analyse descriptive puis explicative. Cette méthode d'analyse qualitative est reconnue polyvalente car pouvant s'exercer de manière inductive, en partant du corpus pour générer des thèmes, (ce que nous avons privilégié dans l'étude), ou encore de manière déductive, en ayant, préalablement à l'analyse, identifié les thèmes à repérer figurant dans le guide entretien.

Avec l'analyse thématique, la thématization constitue donc l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé.

Le principe a été d'établir une grille de thèmes puis sous thèmes à la lecture de l'ensemble des verbatims obtenus lors des réunions. La grille a été enrichie à chaque apparition de nouvelle thématique et chaque thème était lui-même enrichi par l'apport de nouvelles données recueillies.

La classification catégorielle a été homogène (idées regroupées en éléments de signification semblables), exhaustive (toutes les pensées ont été codées) et exclusive (un thème n'a été classé que dans une catégorie).

Le choix de chaque catégorie a été pertinent ; répondant aux objectifs de l'enquête. **(37) (24)**

Dans notre étude, il y a eu une recherche attentive de :

- **Validité interne ou crédibilité** : (les données recueillies représentent la réalité) : une triangulation des sources et méthode a été réalisée avec l'aide d'une co-interne réalisant également une thèse qualitative, les résultats des données recueillies après chaque focus groupe ont été soumis aux acteurs qui ont participé aux réunions en vue d'une corroboration.

- **Validité externe ou transférabilité** : qui consiste à généraliser les observations recueillies sur notre échantillon représentatif de la problématique ; elle a été obtenue avec la saturation des données : les techniques de recueil et d'analyse des données ne fournissent plus aucun élément nouveau à la recherche **(38) (39)**

IV. RESULTATS

1. Caractéristiques des médecins généralistes

NOM	A	B	C	D	E	F	G	H
Age	53	61	66	34	42	66	62	60
Sexe	M	F	F	F	F	M	M	F
Type d'exercice	Libéral Remplaçant	Libéral	Libéral Remplaçant + EHPAD	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral
Durée d'installation	0	34	36	4	13	35	32	30
Type d'activité	urbain	urbain	urbain	urbain	Semi rural	Semi rural	urbain	Urbain
Diplôme et activités annexes	Gériatrie Médecine du sport	Non	Capacité de Gériatrie	DU gynécologie DU Pédiatrie	DU pathologie de la femme	Capacité de gériatrie	Pédiatrie	Gynécologie
Nombre de patients pris en charge	>3	>3	>3	1-3	1-3	>3	1-3	1-3

NOM	I	J	K	L	M	N	O	P
Age	63	60	56	40	61	40	36	36
Sexe	M	M	F	M	M	M	F	F
Type d'exercice	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral
Durée d'installation	32	33	30	11	33	8	3	3
Type d'activité	Urbain	urbain	urbain	urbain	Semi rural	urbain	urbain	Semi rural
Diplôme et activités annexes					CES ORL			
Nombre de patients pris en charge	>3	>3	>1	1-3	>3	1-3	1-3	1-3

L'échantillon a été constitué de 8 participants différents pour chacun des 2 focus groupes, soient 16 médecins au total : 8 hommes et 8 femmes.

La moyenne d'âge était d'environ 52 ans, avec des extrêmes allant de 34 à 66 ans. Certains exerçaient en milieu urbain (12) et d'autres en milieu semi rural (4).

Un des médecins ayant participé à l'étude présentait une expérience en EHPAD et un autre était médecin remplaçant.

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés le 18 novembre 2016 au domicile du directeur de thèse pour le 1^{er}, et le 23 Février 2017 au cabinet médical pour le 2^{ème}. Les séances ont duré respectivement 1h 36 minutes et 1h 10 minutes.

3. Analyse des entretiens

3.1. Expériences des médecins généralistes de l'HAD

3.1.1. Les médecins généralistes sont peu à l'initiative de la prescription d'HAD

La plupart des médecins généralistes participant aux différents focus groupes ont été peu à l'initiative de la prescription. En effet, ils ont eu à prendre en charge essentiellement des patients préalablement hospitalisés dans un établissement de santé qui ont été adressés ensuite à une HAD sur prescription d'un médecin hospitalier.

F1ME « *jamais instauré par moi-même* » « *j'ai jamais mis en place* »

F1MC « *A titre privé, installée* » « *c'est pas moi qui l'avais mise en place* » « *c'était à la sortie d'hôpital...* »

F1MF « *c'est pas moi qui en était à l'initiative* »

F1MD « *j'en ai jamais prescrit moi-même...* »

F2MJ « *ça n'a jamais été moi qui suis à l'origine de la prescription, ce sont des gens qui sont sortis de l'hôpital* »

Le Dr **B** a même expliqué à son collègue que cela faisait environ 15 ans que les médecins généralistes pouvaient la prescrire :

« *avant c'était en sortie d'hospitalisation, ça va faire une quinzaine d'années que l'on peut la demander* »

3.1.2. Une expérience et une connaissance relativement limitée de l'HAD

Beaucoup de médecins généralistes rencontrés ont eu une faible expérience et une connaissance limitée de la gestion d'un patient en HAD. Même si certains ont évoqué le fait d'y avoir eu recours dans leur exercice ces dernières années, cela demeurerait une prise en charge relativement rare dans leur pratique courante.

F1MD « faible » « J'ai peu suivi de patients qui étaient en HAD » « j'ai pas une opinion fabuleuse de l'HAD avec la faible expérience que j'ai... »

F1ME « Moi en 13 ans j'en ai eu deux » « je n'ai pas beaucoup de compétence »
« Quelque chose de très flou donc je ne sais pas comment la mettre en place »

F1MB « 2 types d'HAD...patients lourds...ou (...) service de soins infirmiers... »

F2MK « Mon expérience de l'HAD est très limitée. »

Cependant, quelques praticiens, notamment ceux exerçant depuis un certain nombre d'années, ont eu, avec l'expérience, à prendre en charge plusieurs patients en HAD.

Ils en ont parlé donc de manière plus aisée et ont relaté leur vécu.

F2MJ « je connais l'HAD depuis 15 ans »

F1MB « moi il m'est arrivé à plusieurs reprises d'avoir des patients en HAD »

F1MC « Je trouve que ça se démocratise par rapport à ce que c'était jadis : c'est plus facile, plus accessible et plus facile à mettre en place, c'est mon vécu. »

F1MF « finalement en réfléchissant j'ai eu quand même eu souvent à faire à l'HAD » « c'est quand même très efficace »

Certains médecins se posaient la question si le nombre de places était limité :

F1MA « Moi si je savais que l'HAD disposait de places... »

F1MC « Mais je ne crois pas que les places de HAD soient contingentées... »

3.1.3. Un lieu de prise en charge essentiellement au domicile des patients

Pour la majorité des patients que les médecins interrogés ont dû prendre en charge en HAD, cette dernière a été mise en place à leur domicile. D'ailleurs peu de médecins ont évoqué lors des réunions l'éventualité d'une prise en charge en dehors du domicile.

F1ME « je ne sais même pas d'ailleurs où elle habite »

F1MB « on mettait en place une HAD à la maison »

F1MC « ... la famille dit la maison »

F2MI « elle est rentrée chez elle. »

Un seul médecin ayant travaillé en EHPAD comme médecin coordonnateur, nous a parlé de son expérience de prise en charge d'un patient dans un établissement d'hébergement où il travaillait. Ceci a représenté l'essentiel de son expérience dans ce domaine.

Un autre médecin du 2^{ème} focus groupe nous a parlé d'une patiente en maison de retraite également.

F1MC « moi j'ai pratiqué assez souvent l'HAD en tant que médecin coordonnateur d'EHPAD » « HAD qu'on utilise quand même de plus en plus dans les EHPAD »

F2MJ « une patiente qui est en HAD en maison de retraite »

3.1.4. L'HAD représente un faible recours actuel

Comme l'a souligné le Dr F, le nombre de nouveaux cas reste faible même depuis ces dernières années.

F1MF « j'ai eu deux cas les 10 dernières années donc c'est quand même relativement rare »

F1MB « cela fait quelques années que j'ai plus fait... »

F2ML : « Moi j'ai eu deux ou trois patients, c'est pas très souvent. »

Le Dr E a évoqué que si plus de cas s'offraient à lui, il n'hésiterait pas à se former et s'entourer des correspondants nécessaires pour faciliter sa mise en place lors de son exercice futur, ce qui n'a pas été encore le cas au moment où nous l'avions rencontré :

F1ME : « ben là je me renseignerais à comment on fait mais pour l'instant c'est pas arrivé... »

3.1.5. Les principales indications évoquées par les médecins généralistes sur la prescription d'HAD dans leur pratique sont limitées

Les médecins généralistes interrogés ont tous été d'accord sur le fait essentiel que l'HAD est indiquée pour la prise en charge de pathologies lourdes et complexes.

F1MB : « ...avec des gros malades »
« Quand c'est trop lourd pour le SSIAD on s'adresse à l'HAD »
« Soins techniques »

F1MF : « c'était des patients lourds »

De leur propre expérience, ils n'évoquaient que des indications limitées.

En effet, la plupart des médecins ont eu à prendre en charge des patients en situation palliative, en fin de vie pour des cancers, hospitalisés pour des pansements complexes ou pour des traitements comme une antibiothérapie à réserve hospitalière.

En somme, ils ont essentiellement évoqué la prise en charge de pathologies complexes qui requièrent des soins hospitaliers et/ou des médicaments disponibles qu'en milieu hospitalier.

F1MF : « à la suite de pathologies lourdes, » « amputation...ostéite...cancer en soins palliatifs » traitements antibiotiques lourds »

F1MB : « fin de vie » « escarres »

F2MI : « j'ai une patiente qui est en stade terminale »

F1ME : « fin de vie, cancer, brûlure... »

F1MA « diabète avec plaies plantaires »

F1MA « problèmes graves, avec soins particuliers avec des médicaments qu'on a pas en ville avec une surveillance disons les 3/8 »

F1MF « produits hospitaliers » « les VAC »

F1MC « antibiotiques hospitaliers »

Un seul médecin a évoqué son expérience d'une patiente hospitalisée dans le cas de suites de couches pathologiques et un second la prise en charge dans les suites d'un AVC.

F1ME « gynécologie... » « La patient s'est retrouvée brûlée au 3^{ème} degrés pendant l'accouchement... »

F1MB «... AVC »

Les médecins parlent surtout de personnes âgées, seuls deux d'entre eux ont évoqué des patients plus jeunes :

Les Dr **F1ME** et **F2MI** font référence à un patient plus « jeune »

L'HAD est encore un mode de prise en charge relativement rare en pratique courante.

La prise en charge en HAD est rarement à l'initiative des MG, elle est mise en place dans les suites d'une hospitalisation en établissements de soins.

La prise en charge en HAD est principalement axée sur la fin de vie, les soins complexes, et l'utilisation de médicaments hospitaliers.

3.2. Difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge d'un patient en HAD :

3.2.1. Des rôles flous mal définis par les médecins généralistes

- Rôle du médecin généraliste :

Lorsque nous avons interrogé les médecins généralistes sur leur expérience dans l'HAD, certains ont souligné le fait qu'au départ ils ne savaient pas très bien décrire leur rôle au sein de l'HAD, ni ce qui était attendu de leur part.

F1MB : « *je ne savais pas toujours ce que j'avais le droit de faire... »*

F1MF : « *Le rôle du médecin traitant est ben...heu... »*
« *...Ce qu'ils attendent de nous... »*

F2MM : « *je ne sais pas trop (...) ce que je dois faire. »*

- Rôle du médecin coordonnateur :

Un des médecins interrogés ne savait pas très bien définir le rôle du médecin coordonnateur au sein de l'HAD, ni même le rôle du médecin traitant par rapport à ce dernier et qui était en charge de la rédaction des ordonnances.

En effet, le Dr E s'est très vite exprimé sur le fait qu'il manquait d'information sur le fonctionnement général d'une HAD et ses intervenants.

F1ME : « *maintenant il y a un médecin ? Il y en a toujours eu ? C'est un truc que je découvre hein...»*

Le Dr C, ayant plus d'expérience, a expliqué à son confrère qu'en effet le médecin traitant était le seul prescripteur des soins.

F1MC : « *le médecin coordonnateur de l'HAD il ne fait pas les ordonnances des produits, c'est le médecin traitant qui doit gérer »*

3.2.2. Difficultés d'une prise en charge jugée trop lourde

- Pour la prise en charge médicale :

Les médecins ont évoqué la lourdeur de la prise en charge médicale, les patients en effet avaient des pathologies graves nécessitant une prise en charge importante de par les visites, les soins à apporter et le matériel à mettre en place.

F1MB : « *je passais voir le malade...je me retrouvais avec un dossier d'HAD...je savais pas toujours ce qui me restait à faire... »*

F1MC : « *Si avec la « tour » qui contient tout le matériel et les intervenants... »*

F1MF : « *patients lourds »*

F2MI : « *Ce sont des malades qui sont graves »*

Le Dr I a évoqué également le fait que la gestion des prescriptions médicales (souvent initiées à l'hôpital et qu'il fallait reconduire ou adapter en ville) n'était pas toujours aisée à mettre en place.

F2MI « Elle est jeune...il faut que je lui passe les antidouleurs...des morphiniques »
« ... Prescriptions de l'hôpital ne sont pas forcément réactualisées. »

F1MA : « des produits hospitaliers et qu'on retrouve pas en ville. »

- Pour la prise en charge administrative :

Le Dr N, soutenu par ses collègues, a parlé de la lourdeur administrative avec un ensemble de règles à respecter comme la visite hebdomadaire et la tenue du dossier médical au chevet du patient qui n'était pas toujours pratique avec les feuilles de prescriptions médicales et la gestion de la délivrance des médicaments par la pharmacie d'officine.

F2MN : « la feuille de prescription médicamenteuse est peu pratique »
« Problème du dossier médical et des prescriptions sur ordonnancier spécifique ne sont pas du tout pratiques, auquel s'ajoute le problème de délivrance avec les pharmacies de ville....c'est pas simple »

F1MA : « énorme cahier où il y a 25 onglets, des choses notées n'importe où... la législation, un bordel. » « Tu retrouves pas où tu as écrit la dernière fois »

F1MF : « oui mais y a beaucoup d'administratif » « Il faut une heure pour tout regarder »

F1MB : « Beaucoup de problèmes administratifs effectivement, des régularisations... » « Il faut écrire sur leur partie pour qu'elles le voient... »

Le Dr G était d'accord sur le fait que l'on retrouve dans l'HAD une prise en charge sous forme d'ambiance hospitalière avec la lourdeur administrative avec leurs propres règles et codifications qui sont différentes en médecine libérale.

F2MI : « Ils ont des process »

F1MA : « les classeurs comme à l'hôpital »

Cependant, deux médecins se sont accordés sur le fait que la gestion d'une HAD est tout de même plus aisée de nos jours :

F1MC : « c'est plus facile, plus accessible »

F1MB : « c'est plus facile maintenant »

3.2.3. Une prise en charge chronophage

Beaucoup de situations évoquées faisaient référence à des patients en fin de vie qui demandaient un investissement important en termes de temps. Un bon nombre de médecins furent d'accord sur le fait que la gestion d'un patient en HAD et de son entourage était chronophage, demandant un investissement personnel et professionnel important, surtout quand les situations étaient particulièrement graves avec les aspects législatifs au milieu.

F2MJ : « *en HAD normale c'est une visite par semaine, tu fais en sorte de faire ce qu'il y a à faire une fois par semaine, si tu y vas une fois par mois tu vas rester une heure.* »

F1MA : « *ce sont des patients chronophages de toute façon* »

F2MK : « *...s'accorder sur les soins, pour la fin de vie en rapport avec les recommandations les lois Léonetti, ... quand on a une réunion ça prend la matinée* »

3.2.4. Il existe des problèmes d'intégration du médecin traitant au sein de l'HAD

- Le médecin traitant a le sentiment d'être dépossédé:

Le Dr I a souligné le fait que les prescriptions du médecin traitant n'étaient pas toujours respectées selon lui ; l'hôpital faisait ses propres prescriptions, différentes de celles souhaitées. Ce dernier n'a donc plus la gestion complète de son patient, il a parfois du mal à s'imposer en tant que « chef d'orchestre » et se sent dépossédé de sa prise en charge.

En effet, le médecin traitant doit être tenu au courant de l'évolution du patient mais il a aussi sa place pour les décisions thérapeutiques. Seulement, en pratique, cela ne se passe pas toujours de la sorte selon les praticiens interrogés.

F2MO : « *les prescriptions se passent mal je vois que l'hôpital continue de prescrire des choses que je ne prescris pas* »

F1MH : « *le médecin hospitalier a prescrit des plaquettes....et j'apprends que l'infirmière a fait les plaquettes...* »

F1MF : « *Je pense que le médecin traitant est quand même un peu dépossédé de la gestion complète du patient.* »

F1MF : « *il est mis devant le fait accompli, parce que bon normalement c'est lui qui gère le patient mais dans les faits...* »

- Les compétences du médecin traitant sont quelques fois mises à l'épreuve : déresponsabilisation :

Le Dr **I** a exprimé son sentiment d'être relégué à un second rôle, confronté à la prise en charge initiale par les praticiens hospitaliers, il devait suivre les consignes, même s'il a précisé que le rôle des médecins traitants restait tout de même reconnu par le patient.

F2MI : « *Le médecin généraliste, même si notre rôle est reconnu par les patients, on n'est pas des spécialistes le dernier mot revenant toujours à l'hôpital* »

D'autres sont allés plus loin en parlant que le médecin traitant se voyait confier des responsabilités très limitées.

F1MF : « *pour la dernière HAD on m'a contacté pour des bons de transports mais pour le reste je n'ai pas été associé à quoique ce soit* »

F1MB : « *à la limite si c'est une HAD on n'a pas besoin de nous,* »

F1ME : « *mais je n'ai pas été sollicité* »

- Le médecin traitant se sent exclu de la prise en charge :

Le Dr **B** s'est exprimée de manière assez révoltée en fin de séance, étonnée que ses confrères n'ont nullement évoqué le fait que dans de nombreuses situations le médecin généraliste pouvait être véritablement « squeezé » ! De la même façon, le médecin n'est pas consulté régulièrement par les infirmières et il est mis devant le fait accompli en quelque sorte.

F1MB : « *quelque chose qui me gonfle dans la HAD. On est squeezé* »

« *Si tu as l'infirmière qui va appeler le médecin coordonnateur en disant Mr X n'a pas d'IPP et après le médecin coordonnateur appelle en disant Mr X a mal à l'estomac vous n'avez pas mis d'IPP ? Alors ça m'énerve au plus haut point ; c'est insupportable !!!* »

« *L'infirmière ne t'en a pas parlé directement c'est insupportable.* »

F1MF : « *oui le problème c'est que tu es sensé être le patron mais c'est pas à toi qu'on s'adresse, mais c'est un peu obligatoire cette histoire..* »

F2MI : « *le médecin coordonnateur m'a fait le retour...bon...j'allais lui reprocher de pas m'avoir prévenu* »

F1MF : « *Parfois j'ai eu l'impression d'être exclu, disons de la prise en charge.* »

- L'adaptation du médecin traitant dépend de l'équipe de l'HAD :

Le Dr I a exprimé le fait que le médecin traitant a sa place au centre du dispositif mais cela dépend vraiment de l'équipe HAD qui a en charge le patient. Si le médecin ne connaît pas l'équipe ou que des avis divergent, cela apporte bon nombre de difficultés à la prise en charge.

Le médecin qui a l'habitude de travailler avec la même équipe d'infirmières s'il se retrouve avec une nouvelle équipe cela peut poser des difficultés notamment liées à un manque de coordination.

F2MI : *« L'interface médecin coordinateur / familles/ médecin traitant, elle est beaucoup sous l'influence de l'équipe »*

« ça dépend de l'équipe »

F1MH : *« quand tu as une équipe HAD, tu ne sais même pas qui est qui, ce ne sont jamais les mêmes » « Ils n'ont pas les mêmes avis sur la question »*

Il est même question de l'autonomie des infirmières qui quelque fois est trop importante selon un médecin engendrant ainsi des soucis de coordination.

F1MB : *« ...car elles sont en autonomie, elles ont l'habitude de le faire. Elles ne sont pas assez dirigées. »*

3.2.5. Certains ont le sentiment que l'HAD leur est imposée

Certains praticiens ont fait part de leur ressenti en évoquant que l'HAD venait à eux comme quelque chose d'imposée.

F1MA : *« on est content de te trouver... »*

F1MF : a évoqué que le médecin traitant *« Heu...il subit hein... »*

3.2.6. Des problèmes de communication et de coordination avec l'équipe d'HAD

Les médecins interrogés ont évoqué des problèmes de communication importants entre le médecin traitant lui-même et l'équipe de l'HAD, que ce soit avec les infirmières ou le médecin coordonnateur et ce, à l'initiation, pendant ou à la fin de la prise en charge.

F2MI *« Ca dépend des équipes, il y a des équipes où la coordination n'est pas très bonne »*

« Mais je déplore le manque de dialogue entre les médecins de HAD et les médecins généralistes. »

F1MF : « ce qu'il serait souhaitable avant de mettre en place l'HAD c'est qu'ils nous tiennent au minimum au courant, sorti tel jour avec tel traitement... »

F1MB : « l'infirmière ne t'en a pas parlé directement »

F1ME : « J'ai reçu le papier du médecin m'annonçant la fin... »

F1MH : « j'ai été obligé d'appeler pour être sûr qu'ils avaient mon numéro de téléphone... »

3.2.7. Le problème de la rémunération

- Complexe :

Quelques médecins généralistes s'accordaient à dire qu'il y a une grande complexité dans le règlement de leurs honoraires. Certains y ont même renoncé. Les modalités ne sont pas connues par tous : envoyer des feuilles de soins à la sécurité sociale ou alors des feuilles d'honoraire directement à l'HAD ? Certains évoquent que les choses auraient tout de même évolué de ce côté-là permettant une simplification des modes de rémunération.

F1MF : « Et ensuite les problèmes du règlement des honoraires, l'envoi des feuilles de soins. »

F2MJ : « l'évolution c'est que maintenant on est payé par la caisse alors plus de souci »

F2MP : « ...parce que je sais pas si je dois l'envoyer à la sécu ou à l'HAD »

- Insuffisante :

Les médecins estimaient qu'ils sont insuffisamment rémunérés compte tenu du temps passé en visite ou aux réunions de coordination.

Un médecin a même proposé la création d'un forfait qui selon lui serait plus adapté à cette pratique où les visites sont souvent bien plus longues qu'une visite à domicile dans leur pratique courante.

F2MO : « Je fais des feuilles mais quand on a une réunion ça prend la matinée. Il faudrait réfléchir à cela, payer au forfait »

F1MB : « Oui, mais ça, c'est un autre débat... »

3.2.8. Des difficultés dans la gestion des relations entre la famille du patient et l'équipe HAD

Le Dr **D** a relaté une situation vécue au cours de laquelle il a dû gérer une situation particulièrement difficile entre la famille du patient et le personnel de l'HAD. Il y a eu même une suspicion de maltraitance.

F1MD : « je parlais d'envahissement y a vraiment eu un souci entre la famille et l'HAD, au bout d'un moment le ton est monté, j'ai eu l'assistante sociale, le médecin coordonnateur etc. il y avait une notion de maltraitance de la patiente, ça a fait boule de neige »

La famille peut se sentir envahie par le personnel médical avec qui, il peut y avoir des incompatibilités d'humeur et l'émergence de tensions.

F1MB : « *ça arrive très souvent on pense que les familles vont être contentes mais il y a souvent des problèmes avec le personnel, incompatibilité d'humeur avec le personnel, ça arrive systématiquement.* »

F1MD : « *Problèmes de tensions entre la famille et l'HAD.* »

Les familles se sentent envahies par le matériel encombrant et la fréquence des visites par le personnel médical et paramédical, avec des équipes qui peuvent être également différentes. Le problème est donc que la famille doit accepter que ce soit l'hôpital à la maison avec toute la place occupée par le matériel et le personnel et que le médecin traitant doit faire face à cette problématique éventuelle.

F1MD « *ils se sont sentis un peu envahis par l' HAD, d'abord physique, car ça prend de la place et aussi car il y avait toujours quelqu'un qui passait à des heures pas toujours pratiques pour eux, des gens différents avec qui, ils s'entendent plus ou moins bien avec une ingérence dans leur vie quotidienne qui les gênait.* »

Les principales difficultés évoquées par les médecins interrogés ont été de définir leur rôle et celui du médecin coordonnateur.

Ils ont évoqué leur manque d'intégration au sein de l'équipe, associé à des problèmes de communication.

Ils ont également fait part des difficultés rencontrées dans la prise en charge elle-même, jugée lourde et chronophage ainsi que des soucis liés à leur rémunération et à la gestion en cas de problèmes avec la famille.

3.3. Opinions des MG sur les apports de l'HAD

3.3.1. Vis-à-vis des patients

- Une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée des patients, adaptée à des soins complexes :

Les médecins généralistes ont évoqué l'HAD comme une prise en charge globale, complète et coordonnée des patients à l'image d'une prise en charge dans un service hospitalier. Ils peuvent en effet s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire médicale et paramédicale, composée d'infirmières, psychologue, assistante sociale...

F1MB « *Mais je trouve ça pas mal d'avoir une équipe qui s'occupe d'un malade entre guillemet à notre place* »

F2MI « *l'HAD permet de chapeauter tout ça* »

F1MA « *je ne pense pas qu'en ville ça soit possible de l'organiser* » « *Ils ont leur psychologue* » « *C'est comme à l'hôpital* »

F1MD « *assistante sociale* »

Les médecins que nous avons rencontrés ont bien fait la différence entre une prise en charge en HAD et une prise en charge au domicile par le SSIAD. L'HAD permet en effet la prise en charge de pathologies lourdes et complexes nécessitant des médicaments et du matériel spécifique qui ne seraient pas disponibles en ville. L'HAD a été donc pour eux une évidence quand la prise en charge devient vraiment trop lourde à gérer.

F1MA « *quand c'est trop lourd pour le SSIAD on s'adresse à l'HAD* »

F1MF « *traitements antibiotiques lourds, produits hospitaliers* »

- Permettre une meilleure qualité de vie au patient :

L'HAD, dans sa fonction première, est en effet d'éviter ou réduire la durée d'hospitalisation des malades dont l'état nécessiterait une prise en charge dans un établissement hospitalier.

Le Dr **G** pensait que le patient est mieux à son domicile, plus heureux car il est dans un environnement qui lui est familier.

F2MG « *c'est une bonne solution pour éviter que le patient séjourne longtemps à l'hôpital. Je suis tout à fait pour ; le patient est moins malheureux qu'à l'hôpital dans les longs séjours* »

F1MB « *Car ils sont dans un environnement qu'ils connaissent* »

- Place importante du médecin généraliste qui connaît son patient :

Le Dr **B** a insisté sur le fait que seul le médecin traitant est le prescripteur durant l'HAD et il a également l'avantage de bien connaître son patient qu'il suit souvent depuis de nombreuses années et que la famille connaît bien également.

Le médecin généraliste a donc toute sa place dans la prise en charge en HAD et ceci est dans l'intérêt du patient.

F1MB : « *c'est mon patient je le connais depuis 30 ans* » « *tu connais le patient, sa pathologie psychiatrique* »

- L'HAD permet d'éviter l'aggravation de pathologies :

Les médecins ont exprimé que l'HAD permet d'éviter des phénomènes d'aggravation de l'état de santé, notamment chez les personnes âgées :

F1ME : « *ça peut permettre d'éviter l'aggravation de certaines pathologies, le phénomène de glissement* »

F2MK : « *les personnes âgées, sorties de leur environnement, elles décompensent rapidement et des fois ne reviennent même plus chez elles* »

3.3.2. Vis-à-vis des familles

- L'HAD permet de répondre au souhait des familles :

L'HAD tient compte de la volonté de la famille à savoir que le patient soit chez lui, avec une équipe intervenant sur le lieu de vie du patient où la famille est souvent présente.

Le Dr E envisageait de mettre en place une HAD si c'est une demande de la famille et que l'état de santé de la patiente nécessite une hospitalisation mais qu'elle souhaite également rester chez elle

F1ME « *si j'avais une famille qui me sollicitait en me disant que effectivement y a un refus total d'hospitalisation* »

Cela permet également à la famille d'être plus facilement auprès du patient, d'autant plus si l'hôpital se trouve éloigné de leur domicile.

F2MF : « *pour les familles c'est bien plus facile d'être présente pour le patient. Imaginons que l'hôpital soit loin de leur domicile, elle ne pourrait visiter le patient que quelques fois dans la semaine...* »

F2MI : « *Oui et avec les petits c'est pas toujours très simple.* »

- Permettre une participation active des familles :

Le Dr B plaçait la famille comme interlocuteur principal notamment pour les patients en fin de vie, où le MG se doit de les tenir au courant, leur fournir des explications sur la prise en charge. La famille quelques fois participe aux réunions avec l'équipe soignante.

F1MH : « *on dit quoi à la famille ? Le médecin hospitalier dit qu'il s'est trompé et appellera la famille* »

F2MI : « *à faire régulièrement des réunions par exemple on a vu les parents pour s'accorder sur les soins, pour la fin de vie* »

3.3.3. Vis-à-vis des médecins généralistes

- Réactivité du personnel de l'HAD

La disponibilité et la réactivité de l'HAD ont été reconnues de la part des médecins généralistes lors de sa mise en place « en urgence ». Un médecin a même décrit la mise en place d'une HAD en moins de 24h.

La structure locale est efficace dans la mise en place du projet thérapeutique, les médecins ont pu facilement l'interpeller.

F1MC : « *ils sont très réactifs* »
« *Sante solidarité du var avec qui moi j'avais eu contact, ils ont toujours été très réactifs et ça s'est fait toujours du jour au lendemain.* »

F1MB : « *l'équipe HAD est théoriquement disponible* »

F2M I : « *L'ensemble des structures locale notamment SSV est très facilement joignable, la mise en place de l'HAD se fait rapidement après avoir rempli le formulaire de demande.* »

- Une équipe spécialisée apportant une aide à la prise en charge du patient :

L'HAD facilite le travail du médecin généraliste. Elle apporte une équipe spécialisée et pluridisciplinaire, avec un médecin coordonnateur que les MG peuvent facilement contacter, avec une surveillance des patients.

F2MJ : « *Par rapport au médecin, ça permet de se reposer* »,

F1MF : « *j'aurais eu du mal à gérer...ça m'a quand même beaucoup aidé pour la gestion du patient.* » « *...facilite le métier du médecin* »

Certains médecins ont apprécié de pouvoir s'appuyer sur un 2^{ème} avis médical spécialisé pour les pathologies lourdes :

F2MM : « *dans les pathologies lourdes et les soins complexes, avoir un deuxième avis peut être intéressant* »

- Meilleure coordination des soins :

L'HAD permet une meilleure coordination des soins car l'équipe HAD qui la compose est dirigée par l'IDE coordonnatrice qui est en relation constante avec le médecin coordonnateur. Le médecin traitant peut contacter ce dernier. L'HAD peut faire parfois appel à du personnel extérieur.

F2MJ : « *je sais que quand il n'y a pas d'HAD, il faut s'assurer de trouver une IDE, un Kiné .quand il y a l'HAD, ce sont eux qui gèrent tout cela, ça nous facilite tout ça* »

F1MF : « *c'est mieux coordonné...* »

F1MH : « *Si, tu as l'infirmière qui va appeler le médecin coordonnateur* »

- Plus sécurisant :

Le Dr **A** nous a fait part que pour lui l'HAD était plus sécurisante pour la gestion des malades avec une pathologie grave.

F1MA : « *c'est sécurisant* »

- Modification de la pratique habituelle :

L'HAD permet une certaine rupture avec l'exercice quotidien souvent solitaire du médecin généraliste, le Dr **A** a éprouvé même une certaine satisfaction et du plaisir à travailler en équipe, avec des infirmières, comme à l'hôpital finalement.

F1MA : « *je trouve ça génial les classeurs comme à l'hôpital, avec une équipe d'infirmières ...* »

F1MB : « *Je passais voir le malade comme si j'étais le médecin traitant habituel et je me retrouvais avec un dossier d' HAD* » « *on a notre place si on peut rester dans le coup quoi...* »

F2MP : « *...disons que ça change de notre pratique habituelle aussi.* »

- Lien hospitalo-libéral :

L'HAD permet une inter-relation entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux. Ces derniers ont souligné à la fois le partage des compétences et la confiance que les hospitaliers leur accordent.

F1MA : « *Y a des services hospitaliers qui les lâchent qui s'en occupent pratiquement plus, on peut dire qu'ils nous font confiance* »

F2MN : « *les médecins hospitaliers font aussi des prescriptions, on est plus facilement en rapport avec eux* »

- Renforce le rôle du médecin traitant:

Certains médecins ont fait part qu'ils avaient bien conscience que le médecin traitant a un rôle majeur dans la prise en charge et que le patient est sous sa responsabilité. Les médecins traitants prennent ainsi en charge le patient dans les suites de son hospitalisation initiale, et l'équipe d'HAD doit se référer à lui pour la poursuite des soins.

F1MC : « *le médecin coordonnateur de l'HAD, il ne fait pas les ordonnances des produits, c'est le médecin traitant qui doit gérer* »

F1MF : « *si, ils ont besoin de nous ! Officiellement c'est nous qui avons en charge le patient* »

F2MG : « *Les structures hospitalières se déchargent sur nous* »

- L'HAD apporte une aide à la gestion globale du patient :

La gestion des aides sociales, du soutien psychologique est plus aisée pour les médecins, car l'HAD dispose des compétences nécessaires et rend les choses beaucoup plus efficaces.

F1MB : « *ils ont leur psychologue* »

F1MD : « *...leur assistante sociale* »

F2ML : « *cela permet de mieux gérer tout ce qui est pris en charge sociale, les aides...* »

F2MM : « *...tout ce qui est demandes de MDPH, il y a l'assistante sociale...* »

- Respect du souhait du patient :

Les médecins interrogés ont parlé de leur satisfaction de pouvoir répondre grâce à l'HAD au désir de leur patient à pouvoir être soignés chez eux.

F2MO : « *c'est de notre rôle, nous médecin, de pouvoir respecter la volonté de nos patients* »

F1MG : « *on doit pouvoir répondre aux besoins de nos patients, et l'HAD le permet* »

3.3.4. Vis-à-vis de l'HAD

- Economiquement favorable

Un seul médecin dans chaque groupe a évoqué brièvement l'aspect économique de l'HAD, avec selon lui, un certain avantage de celle-ci par rapport à l'hospitalisation conventionnelle dans les indications fixées d'une prise en charge en HAD.

F1MF « *c'est économiquement avantageux aussi* »

F2MG : « *du point de vue économique si c'est justifié c'est beaucoup moins cher que l'hôpital, il ne faut pas que l'HAD consiste à 2 injections d'insuline.* »

Les médecins interrogés ont donc exprimé le fait que l'HAD était favorable pour les patients, leur permettant ainsi de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire adaptée à leur état de santé avec la présence du MG, en restant dans leur environnement familial.

L'HAD permet également de répondre au souhait de la famille en la plaçant comme un acteur de la prise en charge.

Les MG ont évoqué enfin le fait que l'HAD leur apportait une aide à différents niveaux pour la prise en charge, tout en renforçant leur rôle et leur volonté de respecter la volonté de leurs patients.

Les aspects économiques ont peu été évoqués.

V. DISCUSSION

1. Méthodologie

1.1. Aspects positifs de l'étude

La méthode qualitative était un point fort de cette étude pour répondre à une question sur les difficultés ressenties et les opinions des médecins sur un sujet dans leur pratique. Nous avons obtenu par cette méthode un discours riche et varié où les médecins sont allés au bout de leur réflexion à l'inverse, une enquête par questionnaire ou statistique ne l'aurait pas permis. L'intérêt de l'étude n'était pas de chiffrer mais de comprendre et d'analyser les freins et les opinions des médecins traitants face à une prise en charge d'un patient en HAD.

Elle a permis également de limiter le biais de suggestion.

La technique de l'entretien de groupe était bien adaptée à ce type de sujet et a créé une dynamique de groupe, une interactivité.

Certains médecins émettaient un avis, un sentiment auquel d'autres n'avaient pas forcément pensé et ils pouvaient donc réagir et donner leur opinion, tout ceci n'aurait pas été possible avec des entretiens individuels.

Une composition la plus hétérogène possible des groupes a été volontairement recherchée « en recherche de variation maximale », de manière à obtenir le plus de points de vue différents possibles et à susciter le débat entre les différents membres du groupe.

Nous avons évité le biais de connaissance du thème en ne révélant pas au préalable aux médecins notre question précise de l'étude.

Les focus groupes se sont déroulés en toute convivialité et dans la bonne humeur, beaucoup de médecins se connaissaient ce qui a permis de faire régner une ambiance détendue et fraternelle.

Le guide entretien a permis de recadrer le débat lorsque cela était nécessaire. Il n'a pas été suivi à la lettre mais a servi de fils conducteur.

Le modérateur a mené le débat sans aucun jugement, en mettant à l'aise les participants.

La saturation des données a pu être obtenue au bout de 2 entretiens collectifs.

Il y a eu une triangulation de l'analyse avec une co-interne effectuant sa thèse également ce qui renforce la validité des résultats.

La méthode d'analyse manuelle des données qualitatives Nvivo était un atout car il permettait d'être plus systématique et de relier plus facilement les codes entre eux.

Nous avons pris en compte les critères COREQ (39) : à savoir que nous avons respecté l'échelle « COnsolidated criteria for REporting Qualitative research » constituée de 32 critères d'évaluation à rapporter lors de la rédaction d'une étude qualitative. Ceci est également un point fort.

1.2. Limites de l'étude

Notre étude qualitative n'a pas permis de faire des statistiques sur les résultats et de les généraliser à tous les médecins généralistes compte tenu du nombre limité de médecins interrogés.

Biais d'investigation :

Le modérateur était de la même profession que les personnes interrogées, ceci a pu faciliter le dialogue, la convivialité mais aussi des réticences à se confier de peur d'être jugé.

Le canevas d'entretien a été modifié entre les différents focus groupes, ceci a pu influencer les réponses des participants.

Biais liés aux conditions des focus groupes :

Les conditions des réunions n'ont pas été identiques, certains médecins du deuxième groupe n'ayant pas éteint leur portable ont reçu des appels et il y a eu quelques interruptions de courtes durées. (Notées sur les verbatims.)

Certains participants pouvaient s'influencer mutuellement.

2. Intérêts de l'étude

- L'intérêt de l'étude a été d'expliquer le faible recours à l'HAD par les médecins généralistes constaté au niveau national en analysant les difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes du Var, département où le taux de recours global est parmi les plus élevés mais demeure insuffisant au regard des objectifs fixés pour 2018. Les études quantitatives et qualitatives antérieures ayant été réalisées dans des départements où l'HAD était moins encrue, ce qui aurait pu conduire à une surestimation des difficultés. Notre étude avait pour but d'explorer et d'analyser si les mesures prises par les pouvoirs publics répondent aux problèmes évoqués par les médecins généralistes.

- Elle a permis également de mettre en exergue les connaissances de praticiens du Var sur les indications et les apports de l'HAD, et de définir ainsi des leviers potentiels pour favoriser son développement.

3. Discussion des principaux résultats et confrontation aux données de la littérature

Nous reviendrons dans cette section sur les principaux résultats en proposant une abstraction de notre analyse thématique dans le but d'en extraire les idées pour expliquer les données recueillies que nous comparerons ensuite avec les données de la littérature.

3.1. **Objectif principal : identifier les réserves à la prise en charge des patients en HAD par les médecins généralistes en analysant les difficultés exprimées et leurs opinions.**

3.1.1. Une expérience et une connaissance limitée

L'étude réalisée a montré que les MG du Var interrogés ont tous été confrontés à un moment donné de leur exercice à la prise en charge d'un patient en HAD. Mais cela n'a représenté globalement qu'une **faible part de leur activité** en considérant le nombre de patients pris en charge.

Cette tendance a été retrouvée dans les différents départements de France, notamment les plus isolés, puisque que des études ont retrouvé également que peu de médecins généralistes ont fait appel à l'HAD **(9) (24) (40)**

L'étude de SAUVAGE D réalisée en 2010, allait également dans ce sens, puisque les 162 médecins interrogés n'ont suivi en moyenne que 1,7 patient au cours de l'année 2009. **(41)**

Ce faible recours **participe à un manque de connaissance de l'HAD et du rôle de chaque intervenant :**

On peut imaginer qu'une formation en amont de l'installation des médecins généralistes soit bénéfique ; à travers l'ouverture de cours théoriques (réforme du 3^{ème} cycle), de DU dispensés aux étudiants en médecine et par l'ouverture de terrains de stage, comme l'ont évoqué les travaux sur l'HAD de Vannes. **(42)**

Un partenariat a été signé entre l'ISNI et la FNEHAD en juin 2017 où deux avancées majeures ont été obtenues : Les représentants des HAD devront faire partie des commissions de subdivision et le 3^{ème} cycle des études médicales se voit modifié afin d'apporter aux futures médecins de meilleures connaissances de l'HAD **(43)**

La thèse de FEYEU **(31)**, a évoqué au niveau des perspectives locales, la création d'une nouvelle convention cadre qui préciserait le rôle du MG avec une visite de coordination initiale en précisant également le rôle de chaque intervenant, avec la diffusion de plaquettes d'information, des soirées de formation continue et des actions de communication de l'URPS.

Ces différentes constatations contribuent ainsi à la faible initiative de prescription d'HAD.

En effet, les médecins généralistes interrogés ont pris en charge les patients dans les suites d'une hospitalisation préalable, à la demande des médecins hospitaliers ou ont été directement contactés par l'HAD locale.

Pour illustrer ces constatations, on peut s'appuyer sur les résultats d'une étude quantitative réalisée par BIRAGUE-CAVALLIE E, auprès des médecins généralistes de Haute Garonne **(14)** qui montrent que chez les 32 médecins généralistes interrogés, seuls 9 d'entre eux (33%) ont fait la demande initiale du séjour HAD.

Notre étude a montré que ces constats peuvent donc se retrouver non seulement dans des départements où l'HAD est moins présente, mais également dans un département où le taux de couverture pour 100 000 habitants est plus important comme dans le VAR, c'est donc un constat général.

A ce sujet, la Cour des Comptes prévoit un ensemble de mesures destinées à favoriser le recours à l'HAD dans l'avenir. **(3)** Ceci était déjà présent dans la circulaire DGOS/R4 de 2013 où l'HAD est encore « trop souvent utilisée en deçà de leur potentiel et savoir-faire car les prescripteurs méconnaissent leur capacité ».

Elle a pour objectifs d'améliorer l'accessibilité à l'HAD en incitant le développement des prescriptions par les médecins hospitaliers (enrichissement de l'information dans les bases PMSI de l'HAD et chaînage de séjour entre MCO-SSR et HAD, avec des objectifs de prescription et une grille de prescription visant notamment à fournir aux prescripteurs un cadre de référence pour leur décision de prescription), ceci contribuera de facto par les interrelations avec le MG à familiariser ce dernier avec le fonctionnement et la pertinence de l'HAD.

Il devra également y avoir de l'aide par l'implication des URPS dans la réflexion et le développement de l'HAD et par sa participation à des actions de communication pour la faire connaître. Il convient également de favoriser la proposition de stages en HAD pour les internes de médecine générale. Tout ceci pourrait contribuer à améliorer les connaissances des MG sur l'HAD et répondre au rôle « flou » évoqué par certains. Ceci pourrait également répondre aux réticences qu'ont certains médecins à changer leurs habitudes et qui continuent à travailler avec les acteurs locaux comme les SSIAD qui ne sont pas à même d'ailleurs de délivrer les soins complexes.

Globalement les médecins évoquent une prise en charge des **patients à domicile**, seulement 2 médecins sur les 16 ont évoqué la possibilité d'initier une HAD dans un établissement d'hébergement et notamment en EHPAD ou maison de retraite.

En effet, la FNEHAD a recensé que l'EHPAD représentait que 6% des journées d'HAD en 2016. **(7)**

L'étude de Hoffmann M réalisée en 2012, évoquait que l'HAD en EHPAD était une initiative messine en 2003 bien avant l'autorisation nationale de fin 2007, et que le principal frein à son développement était autant la méconnaissance de son existence que de ses indications. **(44)**

Fort de ce constat, si l'information des professionnels de santé sur la possibilité de prendre en charge des patients en EHPAD était mieux connue, ceci pourrait peut-être favoriser le recours à l'HAD, d'autant plus que la disparition des indications restreintes dans les EHPAD est en vigueur depuis le 1^{er} mars 2017. **(7)**

A noter également un paradoxe : la part des séjours en HAD au bénéfice des ESMS en PACA est de 14,5% alors qu'elle n'est que de 6,7% au niveau national en 2016, cependant les médecins généralistes interrogés ont peu évoqué cette possibilité. **(7)**

3.1.2. La lourdeur de la prise en charge des patients en HAD

- Les médecins ont parlé d'une **prise en charge médicale et administrative lourde**.

En effet, elle se rapproche d'une activité hospitalière de par les pathologies rencontrées, qui sont souvent lourdes et graves, ainsi que par les contraintes administratives (gestion du dossier patient) ce qui semblait engendrer une forme d'appréhension de la part des médecins interrogés et constituer un frein majeur à la prescription d'HAD.

Nous retrouvons des résultats similaires dans différents travaux réalisés :

- Dans la thèse de CUNY F. **(9)**

Les médecins étaient effrayés par la prise en charge de « patients lourds » au point de craindre de ne pas avoir les compétences suffisantes pour la gestion de tels patients.

Ils parlent d'une ambiance hospitalière assortie d'une lourdeur administrative avec certaines règles à respecter comme les visites hebdomadaires systématiques, le renouvellement hebdomadaires des prescriptions.

- La thèse de DE PALMAS M **(19)** renforce ces constations :

Un médecin s'exprime en parlant de « *lourd, pesant, hospitalier* »

La difficulté réside également dans une complexité administrative : La gestion des dossiers, de la prescription « *pour nous la gestion particulièrement administrative elle sera beaucoup plus compliquée...* »

Pour répondre à cette problématique, La Circulaire de 2013 tend à raffermir les compétences de l'HAD dans une logique de continuité de soins: elle précise dès lors que si le médecin traitant n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut être amené à prescrire. Elle recommande de formaliser ce cadre d'intervention conjointe.

Ceci pourrait rassurer les MG, facilitant ainsi la gestion de leur patient en HAD. **(3)**

Des actions locales peuvent également apporter des réponses à cette problématique :

FEYEUX E **(31)** dans sa thèse évoquait dans les perspectives locales, l'idée d'adresser une lettre de mission aux praticiens, fixant la fréquence des visites, l'éventuelle alternance avec le médecin coordonnateur et sa possible prescription dans le cadre de la continuité des soins.

L'organisation d'un protocole d'anticipation pour chaque établissement de santé possédant un service d'urgences où les acteurs de l'HAD permettraient de gérer des situations angoissantes pour les proches mais aussi pour les professionnels, ceci figure dans le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. **(7)**

Une étude réalisée au CH de Versailles **(45)** a relaté la volonté de l'ARS de promouvoir des modes de prise en charge plus légers (avec la collaboration des SSIAD).

- A la lourdeur de la prise en charge, s'ajoutent des difficultés évoquées pour la **rémunération des praticiens dans le cadre de cette prise en charge jugée chronophage. Certains praticiens évoquent des délais importants et des honoraires insuffisants.**

Des travaux se contredisent à ce sujet :

Il est vrai que le problème de rémunération a été évoqué également dans de nombreuses thèses. Dans notre étude, les médecins estimaient que les modalités sont complexes et plutôt mal connues pour certains d'entre eux. Tous s'accordaient à dire que leur rémunération reste insuffisante compte tenu de la charge de travail que l'HAD demande. Dans la thèse de CROTET R et JEHENNE B. **(46)**, on a pu observer que l'aspect chronophage était un des facteurs limitant majeur du recours à l'HAD par les médecins généralistes, où 1/3 estimerait que l'investissement pourrait les inciter à ne pas accepter une demande d'HAD.

On peut se poser la question si la création d'une cotation particulière pour les médecins libéraux, comme l'ont évoquée certains médecins dans notre étude, ne pourrait pas être une mesure initiative pour sa prescription ?

La thèse de FEYEUX E **(31)** propose elle, une revalorisation financière pour la visite de coordination initiale qui pourrait répondre aux attentes des médecins.

A contrario, la thèse de LE GOFF **(42)**, a retrouvé que ces points sont minoritaires dans la constitution de freins à la prescription d'HAD, et que ceci ne semble être une mesure à retenir pour promouvoir son utilisation.

Dans tous les cas : Une analyse de l'IRDES sur le temps de travail des médecins généralistes indique que la moyenne d'heures travaillées par semaine est comprise entre 52 et 60 heures **(47)**, et ce chiffre est amené à se majorer dans les années à venir compte tenu de l'augmentation de la demande de soins et du nombre de départ à la retraite des MG. **(48)** Cela peut nous amener également à nous poser la question sur les solutions à apporter pour résoudre cette crainte qui peut avoir tendance à s'aggraver ces prochaines années.

Peut-être un accord d'intervention ou une répartition des tâches entre le MG et le médecin coordonnateur ?

3.1.3. Des difficultés de communication et de coordination

Les médecins généralistes ont parlé de **difficultés à contacter le médecin coordonnateur**, pas toujours joignable. Ils ont eu quelques fois l'IDE coordonnatrice qui les contactait pour régulariser notamment des prescriptions mais le MG n'avait pas été tenu au courant de la situation et de l'état du patient.

Un médecin a parlé de la réception d'un Fax l'avertissant de la mise en place d'une HAD pour un patient hospitalisé et un deuxième pour sa sortie, sans communication pendant la durée de l'hospitalisation.

La communication et la coordination entre les médecins généralistes et l'HAD ne sont donc pas toujours exemplaires comme le souligne également la thèse de CUNY F. **(9)**. Il arrive involontairement que certaines informations ne soient pas transmises, ce qui peut engendrer des tensions entre les médecins généralistes et l'équipe de l'HAD, montrant ainsi une fragilité dans les relations pouvant mettre en difficulté leur collaboration.

Des efforts de communication doivent être produits afin de favoriser le recours à l'HAD par les médecins généralistes :

De PALMAS **(19)** dans sa thèse a évoqué les difficultés des médecins à joindre par téléphone le médecin coordonnateur. Il est proposé la création d'un outil commun de prise en charge informatisé ou non et la création d'un numéro direct pour joindre le médecin coordonnateur.

La thèse de CROTET R et JEHENNE B en 2011 **(46)**, a mis également en avant ces problèmes, auxquels l'HAD de Grenoble a répondu en portant des efforts sur la communication : mise en place d'un appel téléphonique par le médecin coordonnateur au médecin traitant lors de l'admission des patients, mise en place d'une page WEB... Une amélioration de la communication entre les différents professionnels de santé est avancée également dans d'autres travaux. **(24) (49) (50) (51)**.

Dans cette optique l'ARS (Pays de Loire) **(52)** dans une réunion de juin 2017 a proposé de développer le numérique pour une meilleure communication des acteurs et donner la possibilité aux acteurs de participer au déploiement du logiciel. L'HAD de Vannes **(42)** travaille sur l'informatisation du dossier patient permettant à l'IDE et au MG de recueillir les données mises à jour sur un logiciel téléchargeable sur ordinateur portable.

La Circulaire de 2013 a proposé elle, la mise en place de la télémédecine, télésurveillance et téléconsultation dans le cadre du « projet hôpital numérique »: mais à destinée plutôt des médecins hospitaliers. **(3)**

Cependant, les MG sont relativement peu concernés par ces projets nationaux ou locaux.

La meilleure façon de pallier à ce manque serait peut-être de favoriser les rencontres entre les différents acteurs de l'HAD.

La thèse de BOUCHER.M, elle, met en évidence en effet la volonté des médecins généralistes de plus de concertation en favorisant les rencontres par des visites communes, sans autre moyen de communication idéal évoqué. **(53)**

Comme il est évoqué dans certains textes, les pouvoirs publics renforcent la volonté de visites communes rassemblant le médecin coordonnateur, le MG et l'IDE coordonnatrice ; à l'inclusion, mi séjour et sortie des patients.

Ceci semblerait mieux répondre aux difficultés rencontrées par les MG interrogés.

3.1.4. Le MT est confronté à des difficultés d'intégration

- Ils ont le sentiment d'être **dépossédés /déresponsabilisés** :

Les médecins interrogés ont exprimé le sentiment d'être dépossédés de leur rôle auprès de leur patient. En effet les MG connaissent souvent leur patient et leur famille depuis longtemps, ils devraient être le pivot de l'organisation des soins, cependant dans la réalité c'est l'hôpital très souvent qui gère les prescriptions, sans concertation préalable.

Le médecin se retrouve très souvent avec des prescriptions qu'il n'avait pas initiées, des résultats d'examen para cliniques qu'il n'avait pas prescrits. Un médecin a décrit même des situations qui peuvent mettre mal à l'aise le MG.

Dans sa thèse, Birot E. (40) évoque également ses résultats qui peuvent aboutir au constat d'échec pour le MG.

- Les difficultés mènent même les médecins généralistes au sentiment **d'exclusion** :

Un des médecins interrogés dans notre thèse dont les remarques ont été assez vives a évoqué que le MG est totalement « squeezé » dans la prise en charge. Que son avis n'était pas toujours demandé et qu'il était mis devant le fait accompli pour la prescription de certains examens biologiques.

Dans la thèse d'Aussert Raymond F, 60% des médecins interrogés se sentent seuls dans la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile. (54)

- Les médecins s'accordaient à dire que finalement leur intégration **dépend aussi des équipes**, de leur turn-over.

La thèse de DE PALMAS (19) évoque que les médecins sont susceptibles de travailler avec 4 structures HAD et donc des équipes différentes, ce qui peut complexifier les choses, car leur organisation étant différente, il faut pouvoir s'adapter et ce rapidement.

Pour tenter de répondre à cette problématique, différentes mesures sont envisagées à la fois au niveau local par certaines structures mais aussi au niveau national.

La volonté des structures locale comme SSV (29) qui propose de développer leur activité en renforçant leur action sur l'importance et la qualité des relations de l'équipe HAD avec le MG et en rappelant son rôle central.

Comme le soulignent les pouvoirs publics, il est donc indispensable de rappeler le rôle central du MG sans qui il ne peut être mis en place d'HAD et la volonté d'ouvrir la coopération HAD avec les SSR qui côtoient le MG pourrait pallier à ce manque d'intégration.

3.1.5. Difficultés avec la famille

Parfois, des tensions existent avec l'équipe HAD, les familles sont impressionnées et se sentent envahies par l'ampleur de la prise en charge avec le matériel, les soignants, la fréquence des interventions, des visites et du turn-over des professionnels.

L'HAD c'est « l'hôpital à la maison » mais les familles ne l'interprètent pas toujours de la sorte.

Les MG se retrouvent donc à gérer des situations parfois périlleuses, liées à une mésentente entre la famille et l'équipe HAD, soit par incompatibilité d'humeur, soit parce que trop envahissante physiquement.

Ceci est d'autant plus important que dans l'HAD, la famille ou plus généralement les aidants sont le pilier de la prise en charge, ils ont un rôle actif.

Dans la thèse LATASTE (55), il est dit que ce mode de prise en charge s'appuie sur la nécessaire présence et disponibilité de l'entourage.

Dans sa thèse, RAJEMISA (56) évoque que l'aidant référent est le pilier dans le maintien à domicile et qu'il faut éviter son épuisement.

Ces remarques montrent que le MG doit faire face à des situations qui étaient pourtant clairement établies au départ : en effet toute admission en HAD, se fait avec l'accord de la famille. De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, l'HAD est une prise en charge « globale » intégrant la famille.

Ainsi, mieux intégrer les familles dans la prise en charge, pourrait éviter certaines situations problématiques, et donc faciliter le travail du médecin généraliste, permettant ainsi de favoriser l'utilisation de l'HAD par ces derniers.

Différents moyens sont proposés :

Favoriser des réunions d'informations (en tenant compte des capacités et des connaissances du proche) ainsi que des formations sur les soins pourrait améliorer la participation active des familles, elles deviendraient alors partenaires de soins (avec l'accord du patient) et ceci permettrait donc d'améliorer les relations avec l'équipe soignante. Des structures locales proposent même des « fiches pratiques » pour les aidants. (57)

Notre étude a donc retrouvé la plupart des difficultés déjà évoquées dans d'autres travaux réalisés dans des régions ou départements de France où l'HAD est pourtant moins développée.

Les données de la littérature ont donc mis en évidence certaines réponses que les pouvoirs publics tentent d'apporter, mais également des propositions par les structures locales, tout ceci dans le but de favoriser l'utilisation de l'HAD par les MG et atteindre les objectifs fixés.

3.2. **Objectif secondaire : état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur les indications et les apports de l'HAD**

Il paraissait intéressant dans un second temps de faire l'état des lieux des connaissances des MG sur les indications et les apports de l'HAD de façon à pouvoir dégager des leviers possibles pour favoriser également son recours.

3.2.1. Les indications de l'HAD limitées

Les praticiens interrogés ont évoqué différentes indications de prise en charge en HAD dans le cadre de leur exercice. Les soins complexes (pansements d'escarres), les médicaments à usage hospitalier (antibiotiques), et la fin de vie (les soins palliatifs). Ces **indications**, qui sont finalement assez **restreintes**, regroupent les principales pathologies pour lesquelles les médecins ont recours à l'HAD et qui sont retrouvées dans de nombreux articles et travaux **(7) (9)**

Cette constatation semble ne pas constituer a priori un frein à la prescription d'HAD aux yeux des MG interrogés puisque pour eux les indications semblent claires mais en réalité un grand nombre d'indications restent non évoquées contribuant de ce fait à une sous-utilisation de l'HAD.

Les MG n'ont donc pas parlé de toutes les indications et possibilités que peut offrir l'HAD, d'autant plus qu'elle s'ouvre à de nouvelles prises en charge : La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (58) relative à la modernisation de notre système de santé défini parmi ses orientations la nécessité de mieux organiser les parcours de santé avec notamment une nouvelle organisation « HAD sortie précoce de chirurgie » : 3 spécialités chirurgicales ont été retenues : chirurgie gynécologie (hystérectomie), digestive (résections rectale, chirurgie intestin grêle) et chirurgie orthopédique (fracture du fémur chez la personne âgée, scoliose chez l'enfant et PTG)

Les pouvoirs publics souhaitent également favoriser le développement d'autres modes de prises en charge dans le cadre de plans nationaux : la chimiothérapie (plan soins palliatifs), les maladies neurodégénératives en situation de grande dépendance, le plan cancer III. Concernant les indications pédiatriques, ils souhaitent élargir le nombre de structures (En effet 50% de l'activité est concentré dans seulement 6 structures) **(10)**. Le post partum et certaines autres indications sont encore sous utilisées comme le souligne le travail de DERACHE C : transfusion sanguine dans le cadre d'une myélodysplasie, la diététique et l'éducation thérapeutique (par exemple chez les insuffisants cardiaques) **(59)**

Il faut savoir également que certaines indications se voient supprimées comme le retour « précoce à domicile après accouchement » depuis le 1^{er} mars 2015 **(7)**

De plus, tous les modes de prise en charge sont désormais autorisés en EHPAD depuis le 1^{er} mars 2017. **(7)**

Elargir les domaines d'intervention, les porter à la connaissance des MG et diffuser celles déjà mises en place pourrait contribuer au développement de l'HAD et son recours par les MG.

La Cour des Comptes propose également un algorithme décisionnel pour faciliter les indications de prescriptions d'HAD. **(11)**

Une étude s'est intéressée au CH de Versailles **(45)**: Il a été question de la volonté de garder la polyvalence des structures HAD mais avec le développement de spécialités pour certaines d'entre elles, de manière à diversifier les indications.

3.2.2. Opinions des MG sur les apports de l'HAD

Pour les MG interrogés, l'HAD contribue à des améliorations de prise en charge aussi bien pour les patients, que la famille et pour leur propre exercice professionnel malgré les difficultés précédemment évoquées dans leur expérience.

- Pour les patients :

- Une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient avec la participation du MG :

Les médecins ont évoqué l'intérêt d'une prise en charge **technique, globale et pluridisciplinaire** du patient, avec une **disponibilité** 24h/24h et 7J/7 des soignants, comme il le serait dans un service hospitalier. Les MG ont souligné la présence de l'assistante sociale, du psychologue, que l'on ne retrouverait pas dans une prise en charge à domicile avec d'autres structures comme le SSIAD.

L'HAD constitue donc une interface entre l'hôpital et la médecine de ville, permettant aux personnes de bénéficier d'un parcours de soins sans rupture d'accompagnement.

La thèse de Lombion V. **(60)**, parle d'une équipe de professionnels qui apporte expertise, soutien et la pluridisciplinarité nécessaire qu'exige l'état de santé du patient au domicile. L'HAD renferme une disponibilité des différents acteurs de santé. Elle représente un outil qui facilite la prise en charge globale du patient.

Le travail de Lassere H. **(61)** conforte ces résultats. L'approche globale de la personne constitue un repère fondamental dans cette organisation. Il s'agit bien de prendre soin de la personne malade (sur le plan physique, psychologique, social).

Notre étude a montré qu'il y avait une complémentarité entre la compétence technique et humaine de l'équipe HAD et la connaissance par le MG du patient et de son entourage, ceci conforte le rôle de ce dernier dans la prise en charge et va dans l'intérêt du patient.

Il est apparu que les médecins avaient bien conscience également du rôle qu'ils jouent dans cette prise en charge.

- L'HAD permet de répondre au désir du patient de rester à son domicile :

Les médecins interrogés ont souligné le fait que selon eux, le patient était **plus heureux** à son domicile, dans un environnement qu'il connaît et entouré de sa famille plutôt que dans les longs séjours hospitaliers.

Cela semble une évidence, et cette volonté des patients d'être soigné chez eux a été abordée également dans différentes études : comme dans un sondage réalisé en 2003, où 2/3 des personnes âgées enquêtées souhaiteraient rester vivre à leur domicile **(62)**

Le travail de LASSERE **(61)** a expliqué qu'en France, 75% des personnes interrogées qu'elles soient bien portantes ou malades souhaitent mourir à leur domicile. Il constitue un lieu privilégié d'enracinement, de rassemblement familial, où le malade retrouve sa place. C'est le lieu d'intimité et d'autonomie où le patient vit à son rythme, à celui de son corps et non plus à celui de l'hôpital. Dans la plupart des cas c'est une décision du patient lui-même.

Cependant la majorité des études disponibles sont centrées sur les volontés pour les derniers jours de vie des patients :

La FNEHAD relate dans un sondage que 81% des français veulent passer leurs derniers instants chez eux.

Un point a été brièvement évoqué dans notre étude : l'HAD permet d'éviter la perte d'autonomie et le phénomène de glissement lié à une hospitalisation longue : comme l'a souligné la thèse de Loustou M **(63)** dans la prise en charge des patients Alzheimer, le maintien à domicile était primordial.

Cet élément est essentiel mais pourtant a été peu évoqué par les MG dans notre étude.

Il semble donc que les MG soient convaincus que l'HAD permet de répondre au désir du patient d'être prise en charge à son domicile pour une meilleure qualité de vie, cependant il semblerait qu'il faille aller plus loin dans la réflexion et insister sur le fait que l'HAD permettrait d'éviter des décompensations dans certaines pathologies comme la maladie d'Alzheimer, ce qui pourrait constituer un levier pour favoriser le recours à celle-ci.

Pour les MG, l'HAD permet d'améliorer le bien-être du patient par sa prise en charge à son domicile.

Elle apporte également une prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée des patients. La présence du MG au sein du dispositif d'HAD est un avantage supplémentaire pour leur patient.

Cependant son intérêt dans la perte d'autonomie et le phénomène de glissement est peu évoqué, il faudrait donc promouvoir l'HAD dans ce sens pour améliorer son utilisation.

- Pour les familles :

- *l'HAD permet de répondre à leur demande d'avoir leur proche au domicile tout en leur permettant d'avoir une participation active :*

Malgré les éventuels conflits évoqués, notre étude a montré que les MG place la famille au centre de la prise en charge et qu'ils mettraient en place une HAD pour **répondre à sa demande**.

La famille connaît souvent très bien le MG, il incombe donc à ce dernier de maintenir une relation étroite avec elle, la tenir au courant des soins apportés à leur proche, en tenant compte de leur demande, de leur remarque : l'HAD doit donc favoriser la **participation active** de la famille.

En somme, l'HAD permet au MG de répondre à la sollicitation de la famille mais également permet de la placer au cœur de la prise en charge de par ses rapports avec les patients mais aussi par ses échanges avec l'équipe HAD qui est présente sur son lieu de vie.

La thèse de LOMBION_(60) explique que les médecins considèrent que le patient est une sous unité du groupe patient-famille et non une personne à part entière « c'est toujours avec l'entourage et le patient »

La thèse de LASSERE (61) souligne qu'il est crucial d'accompagner la famille et de la soutenir, de leur fournir des explications sur le traitement de leur proche, de les faire participer aux soins et partager la prise de décision. L'équipe de l'HAD doit se rendre disponible. La famille ou les « proches » plus généralement, peuvent jouer des rôles multiples et il convient donc de travailler avec elle, notamment dans la désignation de la personne de confiance. Cette démarche peut se faire dans le suivi HAD mais pas en médecine libérale. Quelques fois la décision du maintien au domicile émane du ou de la conjointe.

La thèse de DUCOEUR_(64) souligne que les aidants apprécient la prise en charge en HAD car elle est rassurante.

Des travaux (57) soulignent la dimension psychologique de l'HAD à la fois pour le patient mais aussi pour les familles, ce thème n'est pas abordé par les MG interrogés, il pourrait constituer un levier : favoriser l'aspect de la prise en charge notamment psychologique des aidants pourrait constituer un argument supplémentaire à la mise en place d'une HAD.

- Pour les médecins généralistes :

- *L'HAD : une aide pour les MG :*

Notre étude a montré que la majorité des MG s'accordait à dire que l'HAD représente une aide dans leur exercice. En effet elle permet une **prise en charge pluridisciplinaire** (médicale et paramédicale) **coordonnée, sécurisante et réactive** des patients à leur domicile.

- Dans l'étude de FEYEU E, (31) 39 sur 40 médecins interrogés voyaient en l'HAD une aide pour les prises en charge complexes et spécifiques. (31)

- dans la thèse de CROTET **(46)**_: la facilité de la prise en charge sociale et psychologique était aussi évoquée.
- L'HAD permet d'accompagner les MG au quotidien, leur permettre de respecter des engagements éthiques et déontologiques inhérents à leur profession mais aussi de pallier à certaines de leurs contraintes pratiques comme l'évoque l'étude de EHLINGER C **(65)**

- Valorisation du rôle du MT :

Certains médecins de notre étude ont eu conscience de leur rôle important dans la mise en place de l'HAD, le patient étant à leur charge, malgré les difficultés rencontrées dans les faits.

En effet il est le seul prescripteur des soins après concertation avec le médecin coordonnateur. Il a un rôle essentiel dans la mise en place d'un projet thérapeutique.

En effet, la législation relative à l'HAD place le médecin généraliste au centre de la prise en charge en HAD. **(65)**

Les médecins interrogés dans la thèse de DE PALMAS **(19)** étaient conscients de leur rôle qui est multiple (prescripteur, aidant familial et coordination)

La responsabilité entière et globale d'une HAD ne fait que valoriser le rôle du médecin de famille. **(18)**

La thèse de MUSQUAR en 2008, montrait l'attachement des MG à rester au centre de la prise en charge. **(66)**

- Permettre de répondre à la volonté des patients :

- L'HAD permet véritablement de **répondre au souhait du patient**, et donc au MG d'exercer ce qu'il juge un devoir vis-à-vis de son patient.

Dans la thèse de CROTET, pour 91% des médecins, le respect du désir du patient d'être soigné à son domicile est une attente forte. **(46)**

Dans la thèse FEYEU ; 29 médecins sur 40 mettent le « bien être du patient » comme représentation positive de l'HAD **(31)**

Mis à part éviter le phénomène de glissement en évitant une hospitalisation longue et la prise en charge des aidants, il existe donc peu de leviers d'action pour promouvoir l'HAD puisque les MG du Var sont convaincus de l'utilité de celle-ci aussi bien pour les patients, que la famille et pour leur propre exercice.

4. Sujets non abordés par notre étude

- La disparité inter-régionale : Notre étude n'a pas permis d'aborder ce thème à mes yeux important. Il fallait s'y attendre puisque les MG interrogés ont parlé de leur propre vécu et expérience de l'HAD au sein de leur réseau local.

Cette disparité territoriale est importante puisque les pouvoirs publics obligent à une couverture totale du territoire par l'HAD **(7)**, notamment via l'implication des MG.

- Les infections nosocomiales : Les MT n'ont pas abordé cette problématique. Nous pouvons l'interpréter par le fait que l'étude se place du point de vue des médecins généralistes et ceux-ci n'y sont pas directement exposés dans leur pratique courante.

- L'aspect économique a également été peu abordé, cela ne semblait pas être une préoccupation majeure pour les MG ou alors représentait une inconnue.

D'autant plus que depuis l'étude CREDES de 2003, aucune étude médico économique n'a été réalisée. **(67)**

Ces différents points méritent donc d'être soulevés, ils n'ont pas évoqués dans notre étude et sensibiliser les MG sur ces points pourrait constituer des leviers pour favoriser le recours à l'HAD.

VII. CONCLUSION

L'HAD assure une prise en charge médicale, paramédicale, sociale et administrative du patient.

Le médecin traitant y détient un rôle essentiel et l'HAD ne peut être mise en place sans son accord et sans sa participation à l'élaboration du projet de soins.

Elle demeure pourtant insuffisamment utilisée compte tenu des enjeux démographiques futurs.

Les pouvoirs publics enclenchent des démarches actives pour promouvoir ce mode de prise en charge avec des objectifs fixés en privilégiant notamment la collaboration du médecin traitant.

L'étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes du Var nous a permis d'explorer leur ressenti et leur vécu dans la prise en charge d'un patient en HAD.

Un certain nombre de difficultés lors de sa mise en place ont ainsi pu être identifiées :

- La lourdeur médicale et administrative
- Le manque de communication
- La difficulté d'intégration.

L'étude a montré de plus que les médecins généralistes étaient convaincus des apports de l'HAD tant vis-à-vis des patients, que de leur famille, mais également pour leur pratique, ils n'y ont cependant recours que pour des indications restreintes.

Un certain nombre de mesures évoquées dans la circulaire de 2013 pour atteindre les objectifs 2018 d'expansion de l'utilisation de l'HAD, sont donc en rapport avec notre constat :

Le travail doit en effet se porter notamment sur les difficultés rencontrées par les MG :

- Création de projets de formation notamment des médecins libéraux,
- Structurations favorisant l'efficacité des relations entre les MG et l'équipe d'HAD,
- Mise en place de procédés de communication.

Des efforts devront également se porter sur la mise en avant du rôle du médecin traitant, mais aussi de l'apport de l'HAD dans les différentes indications actuelles et notamment dans les pathologies comme Alzheimer tout en favorisant son développement non seulement au domicile mais aussi au sein des établissements avec hébergement.

Durant le travail de recherche, il est apparu que le Var fait partie des départements français où le taux de recours global est le plus élevé, il serait intéressant d'identifier les causes à cette particularité par d'autres études.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Code de la Santé Publique. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970. (En ligne).<http://www.legifrance.gouv.fr> , *consulté le 11 mars 2017*
- (2) LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (En ligne)<http://www.legifrance.gouv.fr>, *consulté le 10 Août 2017.*
- (3) Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 Décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile. Ministère de la santé et des solidarités disponible sur le site <http://circulaires.legifrance.gouv.fr>, *consulté le 10 juillet 2017.*
- (4) Hospitalisation à domicile, Rapport définitif de l'Inspection Générale des affaires sociales RM2010-109P, Novembre 2010. (En ligne). <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664.pdf>. *Consulté le 15 juin 2017*
- (5) Cour des comptes-hospitalisation à domicile décembre 2015 (en ligne) <https://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/L-hospitalisation-a-domicile>. *Consulté le 7 juillet 2016.*
- (6) Circulaire N°DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'HAD, Ministère de la santé et des solidarités. (En ligne).<http://circulaires.legifrance.gouv.fr>, *consulté le 10 juillet 2017*
- (7) Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (En ligne).<http://www.fnehad.fr>, *consulté le 11 janvier 2017.*
- (8) L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Questions d'économie de la santé, n°140-Mars 2009 ; Exploitation des données PMSI HAD 2006-IRDES (PDF). (En ligne).<http://www.irdes.fr>, *consulté le 11 février 2017*
- (9) CUNY.F. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile. Etude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du sud meusien. Thèse médecine : Faculté de Nancy.28 Mai 2010,161p.
- (10) MATHERON C. L'hospitalisation à domicile.lecisspaca.Juin 2016. (En ligne). <http://www.ciss-paca.org>, *consulté le 2 aout 2017.*
- (11) Feuille de route. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs.pdf. (En ligne). <http://www.has-sante.fr>, *consulté le 25 Août 2016.*
- (12) Qu'est-ce que l'HAD ?-FNEHAD. (En ligne): <http://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>, *consulté le 11 janvier 2017*

- (13)** Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisées et l'hospitalisation à domicile, Bulletin officiel N°2017/7 bis. (En ligne).<http://www.atih.sante.fr>, consulté le 24 juillet 2017.
- (14)** BIRAGUE- CAVALLIE E. Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne. Thèse médecine. Université Toulouse III.17 mars 2015.54p.
- (15)** L'Hospitalisation à domicile : entre complémentarité positive et risque de confusion. Revue Prescrire, 2012/11 ; 32, n°349, p854-860.
- (16)** Circulaire DHOS/03 n°2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. (En ligne).<http://www.solidarites-sante.gouv.fr>, consulté le 18 juin 2017.
- (17)** Administration des médicaments en hospitalisation à domicile-HAS. (En ligne) <http://www.has-santé.fr>, consulté le 24 juillet 2017.
- (18)** Le projet d'hospitalisation à domicile : application à l'Aquitaine.LATASTE M. Bull.Soc.Pharm.Bordeaux,1997.136,99-128
- (19)** De Palmas M. Ressenti des médecins généralistes de l'agglomération de Montpellier et de Sète dans la prise en charge en hospitalisation à domicile. Thèse de médecine. Université de Montpellier. Novembre 2016.p103.
- (20)** FNEHAD.Tout savoir sur l'hospitalisation à domicile. Histoire. (En ligne), <http://www.fnehad.fr/lhad/histoire-had-html>, consulté le 11 janvier 2017.
- (21)** Leyreloup M. L'hospitalisation à domicile (En ligne),.Disponible sur http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/hopital/had.html. consulté le 20 août 2016
- (22)** Bulletin officiel n°2004-8. Circulaire DHOS/O n°2004-44 de février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. (En ligne). <http://www.santé.gouv.fr/fichiersbo/2004/04-08/a0080584.html> consulté le 10 septembre 2016
- (23)** Circulaire N°DHOS/03/2006/506 du 1^{er} Décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. (En ligne) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506°011206.pdf,consulté le 10 septembre 2016
- (24)** Monticelli C. Etat des lieux de l'HAD en Midi-Pyrénées. Thèse de médecine. Faculté de Purpan Toulouse.2000.
- (25)** Chiffres clés de l'HAD 2015 (Edition 2016), disponible sur <http://www.FNEHAD.fr>, consulté le 11 janvier 2017.
- (26)** Rapports d'activités 2015 et 2016 de Santé Solidarité du Var, consultable sur place.
- (27)** <https://www.sante-solidarite-var.fr>, consulté le 28 mars 2017

- (28) <http://www.scansante.fr>, consulté le 19 juin 2017
- (29) Santé solidarité du Var. Projet d'établissement 2013-2017. (En ligne). <http://www.sante-solidarite-var.fr>, consulté le 30 juillet 2017.
- (30) HAS. Le recours à l'hôpital en europe.2009 mars.(En ligne). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docq/application/pdf/2009-04/synthese_recours_a_l_hopital.pdf, consulté le 15 juin 2017
- (31) FEYEU X. E. MEDECINS GENERALISTES ET HOSPITALISATION A DOMICILE : Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse. Thèse d'exercice : médecine. Université Claude Bernard Lyon I. 26 novembre 2014.p110.
- (32) MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L, LE GOAZIOU MF, LABARERE J, TERRA JL. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2004 ; 18(645) :382-4.
- (33) Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L, Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. Exercer. 2010 ; 93 :111-4
- (34) MARQUISET épouse VARNEY D. La délégation des taches en médecins générales : étude qualitative par focus group auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche comté. Thèse médecine. Université de Grenoble. Décembre 2007.99p
- (35) LEPCAM. Etudes qualitatives et revues systématiques. (En ligne). [http://lepcam.fr :index.php/les-etapes/protocole_quali/](http://lepcam.fr:index.php/les-etapes/protocole_quali/), consulté le 15 juin 2017
- (36) COTE L, TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale 2002 ; 3 :81-90. (En ligne) <http://www.pedagogie-medicale.org>
- (37) Paille P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier, Paris, 1996. (En ligne). <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Nvivo.pdf>. consulté en ligne le 15 juin 2017
- (38) Critères de scientificité Validité interne et externe. (En ligne).<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr>, consulté le 13 juillet 2017
- (39) GEDDA M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015 ;15(157) :50-54.
- (40) BIROT E. Ressenti des médecins généralistes face à la prise en charge palliative dans le cadre de l'hôpital à domicile à partir d'un focus group de médecins de l'agglomération nantaise. Thèse de médecine. Université de Nantes.2010
- (41) SAUVAGE D, Hospitalisation à domicile et médecin généraliste. Thèse de médecine. Université de Nancy. 2010.124p.

- (42) LE GOFF P. Etat des connaissances des médecins généralistes sur l'HAD du Pays de Vannes, motivations et freins à son recours en 2016. Thèse de médecine. Université de Rennes. 26 Octobre 2016. 78p
- (43) http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/06/CP-ISNI-FNEHAD_20170614.pdf, consulté le 3 novembre 2017.
- (44) Hoffmann M. Profil des médecins généralistes utilisant l'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Exemple Messin, Thèse médecine. Faculté de Nancy. 28 novembre 2012. 145p.
- (45) GROLLEAU M. Quelle stratégie pour développer le recours à l'hospitalisation à domicile ? L'exemple du CH de Versailles. Mémoire de l'école des hautes études en santé publique. 2015.
- (46) Crotet R et Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile. Thèse de médecine, Faculté de Grenoble, 2011. 174p
- (47) Le Fur p, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles.s1 : Question d'économie de la santé. IRDES. Juillet 2009 n°144
- (48) Direction Générale de la santé, réponse au défi de la démographie médicale, ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité. 13 août 2010, (En ligne). <http://www.sante.gouv.fr/reponses-au-defi-de-la-demographie-medicale.html>. consulté le 28 juillet 2017.
- (49) JOSSEAUME J. Avantages et inconvénients de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile par le médecin généraliste. Thèse de médecine : Paris 5, 2008, 93p
- (50) CLARIS S. Enquête menée auprès des médecins généralistes afin d'évaluer leur satisfaction vis-à-vis d'une structure d'hospitalisation à domicile : HAD 63. Thèse de médecine : Clermont-Ferrand, 2007.
- (51) RAVENEAU A. Prescrire l'hospitalisation à domicile : motivations et référence des médecins généralistes. Thèse de médecine : Tours, 2003.
- (52) BENETEAU M . Journée de pertinence 2017. (En ligne) <http://www.pays-deloire.ars.sante.fr>, consulté le 1^{er} Aout 2017.
- (53) BOUCHER.M Fin de vie en hospitalisation à domicile : acteurs : médecin généraliste, médecin coordonnateur, équipe HAD. 2011. Thèse de médecine. Université de Grenoble. 2011. 105p
- (54) AUSSERT-RAYMOND F ; Prise en charge des patients en soins palliatifs par le médecin généraliste au sein d'un réseau de soins palliatifs dans le sud de l'Essonne. Thèse, 2004. Université René Descartes. Paris V. 123p.
- (55) Le projet d'hospitalisation à domicile : application à l'Aquitaine. LATASTE M. Bull.Soc.Pharm.Bordeaux, 1997. 136, 99-128

- (56) RAJEMISA G Les obstacles rencontrés par les médecins traitants pour le maintien à domicile des personnes âgées.Thèse.2011.Université Paris Diderot Paris 7.107p.
- (57) LOQUET N, MAILLARD B. Relation d'aide et soutien des aidants familiaux. Une formation expérimentale à destination des professionnels soignants à domicile en soins palliatifs : journée régionale de soins palliatifs. Cité des Congrès Le Man.(En ligne).<http://www.lesoinspalliatifs.fr>, consulté le 15 juillet 2017.
- (58) Instruction N°DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile, disponible sur le site : www.social.sante.gouv.fr, consulté le 16 juin 2017.
- (59) DERACHE épouse DELAVENNE C. Dans quelle circonstance les médecins généralistes ont-ils recours à l'hospitalisation à domicile. Thèse médecine, 15 janvier 2014.Université de Lille 2.65p.
- (60) Lombion V. Prise en charge des patients en soins palliatifs par les omnipraticiens en Guadeloupe : enquête qualitative. Thèse médecine. Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud, université des Antilles et de la Guyane, 2013.70p.
- (61) LASSERE H. Les besoins des proches des patients en soins palliatifs à domicile. Enquête auprès de 15 personnes après le décès d'un proche pris en charge par l'hospitalisation à domicile de Dax (Landes).thèse médecine. Université de Grenoble. juillet 2010.266p
- (62) EVRARD A. et FRAICHARD J. Les personnes âgées dépendantes d'ici 2020 : perspectives et besoins. Analyses N°41.décembre 2009.4p, (En ligne). <http://www.epsilon.insee.fr>, consulté le 17 juillet 2017.
- (63) Loustou M. l'hospitalisation à domicile est-elle une réponse adaptée à la prise en charge des patients Alzheimer ? Thèse médecine. Université Paris 12, faculté de Créteil, 2011.84p.
- (64) DUCOEUR A. L'implication dans les soins des aidants naturels accompagnant au ayant accompagné un proche en fin de vie à domicile. Thèse médecine. Université Claude Bernard Lyon 1.Janvier 2015.
- (65) EHLINGER C. Le médecin généraliste au sein de la structure hospitalisation à domicile : de la législation à la mise en pratique au niveau nancéen en 2012.Thèse médecine. Faculté de médecine de Nancy.8 Octobre 2012.69p.
- (66) MUSQUAR I. Intérêts et insuffisance de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste : expérience de l'HAD de Crest. Faculté de médecine de Grenoble.2008,302p.
- (67) Evaluation du coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile .Rapport n°519.Juin 2003.CREDES.(En ligne).<http://www.irdes.fr>, consulté le 10 octobre 2017.

VIII. ANNEXES

Annexe 1

INDICE DE KARNOFSKY

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

Annexe 2

Modes de prise en charge principaux (MPP) :

01 - assistance respiratoire
02 - nutrition parentérale
03 - traitement intraveineux
04 - soins palliatifs
05 - chimiothérapie anticancéreuse
06 - nutrition entérale
07 - prise en charge de la douleur
08 - autres traitements
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10 - post traitement chirurgicale
11 - rééducation orthopédique
12 - rééducation neurologique
13 - surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
14 - soins de nursing lourds
15 - éducation du patient et/ou de son entourage
17 - surveillance de radiothérapie
18 - transfusion sanguine
19 - surveillance de grossesse à risque
21 - post-partum pathologique
22 - prise en charge du nouveau-né à risque
24 - surveillance d'aplasie
29 - Sortie précoce de chirurgie

Annexe 3

Modes de prise en charge associés (MPA):

00 – pas de protocole de prise en charge associé
01 - assistance respiratoire
02 – nutrition parentérale
03 – traitement intraveineux
04 – soins palliatifs
05 – chimiothérapie anticancéreuse
06 – nutrition entérale
07 – prise en charge de la douleur
08 – autres traitements
09 – pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10 – post traitement chirurgical
11 – rééducation orthopédique
12 – rééducation neurologique
13 – surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
14 – soins de nursing lourds
15 – éducation du patient et/ou de son entourage
17 – surveillance de radiothérapie
18 – transfusion sanguine
19 – surveillance de grossesse à risque
21 – post-partum pathologique
24- surveillance d'aplasie
25 – prise en charge psychologique et/ou sociale

Annexe 4

VERBATIM focus groupe numéro 1 du 18 Novembre 2016 :

Modérateur : « Nous allons passer à la thèse d'Alexandre qui s'intéresse à l'HAD. »

« Première question : Quelle est votre expérience de l' HAD (hospitalisation à domicile) ? »

Dr D : « Heu...faible...j'ai peu suivi de patients qui étaient en HAD, j'en ai jamais prescrit moi-même, voilà...j'ai pas une opinion fabuleuse de l'HAD avec la faible expérience que j'ai... »

Dr E : « Moi en 13 ans, j'ai eu deux HAD, une, il y a 13 ans et une, dernièrement, jamais instaurée par moi-même, je n'ai pas beaucoup de compétence... » (Rires)

Dr C : « Moi j'ai pratiqué assez souvent l'HAD en tant que médecin coordonnateur d'EHPAD. L'HAD qu'on utilise quand même de plus en plus dans les EHPAD. Mais à titre privé, installée, j'ai dû en voir une et ce n'est pas moi qui l'avais mise en place, c'était à la sortie d'hôpital. »

Dr B : « Moi il m'est arrivé à plusieurs reprises d'avoir des patients en HAD soit sortant de l'hôpital soit que j'avais sollicitée. »

« Il y a deux types d'HAD : une ancienne avec des gros malades et une autre où c'est plutôt un service de soins infirmiers qui coordonne un peu. J'ai eu quelques patients, c'est vrai que cela fait quelques années que je n'ai plus fait mais je connais. »

Modérateur : « Tu en as prescrit toi-même ? »

Dr B : (réflexion) « C'est possible...il arrive maintenant que parfois quand c'est trop lourd pour l'infirmier on s'adresse au SSIAD et quand c'est trop lourd pour le SSIAD on s'adresse à l'HAD. »

« On s'adresse aussi parfois à l'HAD quand il y a des soins techniques, remboursables que dans le cadre d'une hospitalisation : les VAC, les trucs comme ça... »

Modérateur : « Tu as pu le faire par toi-même ou par ton équipe infirmier qui t'a dit maintenant il faut passer en HAD c'est trop lourd pour nous ? »

Dr B : « exactement... »

Dr F : « Alors moi j'ai deux cas dans les 10 dernières années donc c'est quand même relativement rare.

En général c'est pas moi qui en était à l'initiative mais à la suite de pathologies lourdes, l'un c'était une ostéite, l'autre une amputation de pieds sur artérite avec des traitements antibiotiques lourds, produits hospitaliers et donc ils m'ont demandé si je voulais bien participer à l'HAD. Mais je n'ai pas été à l'initiative.

Mais dans l'ensemble ça s'est plutôt bien passé dans les 2 cas. »

« Le rôle du médecin traitant est pas bien...heu...il est mis devant le fait accompli par ce que bon...normalement c'est lui qui gère le patient mais dans les faits ... »

Dr D : « Il fait des ordonnances pour l'EHPAD... »

Dr F : « Heu. Oui...il subit hein... »

Dr E : « Moi j'ai eu deux cas, une fin de vie, donc là effectivement j'ai géré, j'ai été appelée assez souvent mais la dernière que j'ai eu c'était de la gynéco et ça a été demandé suite à...je n'ai pas bien compris ce qui s'était passé, la patiente s'est retrouvée brûlée au 3^e degrés au niveau des fesses avec un produit utilisé pendant l'accouchement et la j'ai su qu'elle était en HAD car j'ai reçu un papier qu'il fallait que je signe pour qu'elle entre en HAD et j'ai reçu le dernier comme quoi c'était fini l'HAD.

Voilà on m'a jamais appelée pour que j'aille chez la patiente. Je sais même pas d'ailleurs où elle habite, car elle vient toujours au cabinet c'est une femme jeune. Voilà ce que j'ai fait pour cette dame... j'ai signé deux fois... »

Dr A : « Oui moi j'ai mis il y a quelques années une HAD en place et c'était pour une fin de vie, on avait l'impression à l'époque que l'HAD était réservée aux fins de vie, on ne voulait pas laisser mourir à l'hôpital donc on mettait en place une HAD à la maison.

Sinon j'ai suivi des HAD à domicile sans les avoir prescrites moi-même puisque je suis remplaçant donc ça ne m'arrive pas d'initier une HAD.

Je passais voir le malade comme si j'étais le médecin traitant habituel et je me retrouvais avec un dossier d'HAD avec plein de numéros et d'infirmières qui venaient et donc je ne savais pas toujours ce que j'avais le droit de faire ou ce qu'il me restait à faire et très souvent c'était pour une prescription de produits qui échappaient au budget global de l'HAD, des produits hospitaliers et qu'on retrouve pas en ville.

Mais je trouve cela pas mal d'avoir une équipe qui s'occupe d'un malade entre guillemet à notre place si on peut rester dans le coup quoi... »

Dr E : « Moi la différence que j'ai vue par rapport à il y a 13 ans, par rapport à une HAD sur une fin de vie où j'avais vraiment l'impression que c'était moi le médecin, là il y a un médecin qui m'a écrit. Maintenant y a un médecin ? Il y en a toujours eu ? Moi c'est un truc que je découvre hein... »

Dr C : « Il y a un médecin coordonnateur... »

Dr E : « Là, il a tout fait »

Dr C : « Le médecin coordonnateur il est joignable. »

Dr E : « Oui je pense mais enfin là j'ai été surprise car j'ai reçu le papier du médecin en m'annonçant la fin mais après je n'ai pas été sollicitée pour aller voir la patiente. Donc je suppose que c'est ce médecin-là qui a dû gérer, j'ai reçu le papier comme quoi c'était terminé. »

Dr C : « Le médecin coordonnateur de l'HAD, il ne fait pas les ordonnances des produits, c'est le médecin traitant qui doit gérer. »

Dr E : « Mais je n'ai pas été sollicitée. »

Dr C : « ou alors il avait une ordonnance de l'hôpital ou la clinique peut être... »

Dr E : « Je pense que la patiente a du souvent être revue par le service de gynéco où elle a accouché parce qu'ils ont dû avoir un peu peur des conséquences... »

Dr A : « Moi si je savais que l'HAD disposait de places, je pense que je n'hésiterais pas à la prescrire plus souvent mais on a l'impression qu'on va jamais avoir de place pour son malade du coup on fait comme dans le temps on va voir son malade tous les jours quand il y a une infirmière qui pose une perf et que le malade est pas super en forme. Mais ce serait bien effectivement d'avoir plus de places de HAD. »

Dr C : « Mais je ne crois pas que les places de HAD soient contingentées. Moi j'étais allée à une réunion dans le cadre de l'EHPAD, il semblerait qu'il y ait beaucoup plus de places...moi j'ai jamais eu de refus de prise en charge d'HAD sous réserve de manque de places, même ils sont très réactifs ! »

« La structure locale avec qui moi j'avais eu contact, ils ont toujours été très réactifs et ça s'est fait toujours du jour au lendemain. »

Dr B : « En EHPAD... »

Dr D : « Moi je sais que de mon expérience en HAD, au bout de 6 mois, l'HAD voulait que l'on rentre dans un cycle plus normal alors que les soins n'avaient pas changé du tout alors. Je sais pas, ça changeait rien aux problèmes récurrents de la patiente. »

Modérateur : « Comment situez-vous l'HAD par rapport à une équipe d'infirmières ? »

Dr B : « Pour moi c'est assez simple, on fait appel à l'HAD quand c'est pratiquement un problème grave avec soins particuliers, avec des médicaments qu'on n'a pas en ville... avec une surveillance disons 3 fois 8 et donc je pense pas qu'en ville ça soit possible de l'organiser. Donc là j'hésiterais pas à appeler dans ce cas-là. »

Dr E : « L'HAD pour moi est quelque chose de très flou, donc je sais pas comment la mettre en place donc je risquerais pas de la mettre ou demander à mes associés, donc moi s'il faut hospitaliser un patient oui, mais mettre en place une HAD... »

Modérateur : « Donc pour vous c'est à la suite d'une hospitalisation que l'on met en place une HAD ? Pour vous c'est la séquence normale ? »

Dr E : « Non, si j'avais une famille qui me sollicitait en me disant qu'effectivement il y a un refus total d'hospitalisation et que l'état de santé de la patiente fait, que c'est nécessaire...ben là, je me renseignerais à comment on fait, mais pour l'instant c'est pas arrivé... »

Modérateur : « Est-ce que vous vous adresseriez à votre équipe infirmière avec qui vous travaillez ou directement à l'HAD ? »

Dr E : « Ca dépend de la disponibilité de l'équipe infirmier avec qui je travaille...après il faut qu'elle puisse assurer... »

Dr C : « L'HAD sous-traite parfois, c'est-à-dire qu'ils ont une équipe à eux et puis ils ont un réseau de ville »

Dr B : « Ca se chevauche un peu, soit on a une équipe d'infirmiers qui en veulent, soit on prend l'HAD, ça dépend...en plus de matériel... »

« Moi ce que j'ai avec Sante et Solidarité du Var, on peut l'avoir n'importe quand à n'importe quelle heure, si je veux à minuit une hémoculture, de la Rocephine* j'ai tout eu, la numération en 1h30 et j'ai rien eu à faire même pas passer de coup de téléphone. »

Modérateur : « C'était un patient qui était déjà en HAD ? »

Dr B : « Oui oui bien sûr »

Dr G : « L'équipe HAD est théoriquement disponible 24H/24H alors que c'est pas le cas pour le SSIAD, pour une équipe infirmier habituelle qui veulent dormir comme nous »

Dr B : « Il y a quelques infirmiers qui sont toujours au téléphone avec leur patient
Après si tu as un patient qui appelle à 5h du matin pour dire il n'est pas bien... »

Dr A : « Oui mais si c'est une fin de vie...à part calmer le patient alors que si tu as une pneumopathie tu as pas envie qu'il meurt pendant la nuit, là tu es content d'avoir un infirmier qui vient changer la perf ou poser une perf, un kiné qui vient faire du clapping, mettre l'oxygène, les aérosols... »

Modérateur : « Au sujet de perf, faites-vous la différence entre HOME PERF et HAD ? »

Dr A : « Ce sont des prestataires ça... »

Dr F : « Moi je n'utilise pas... »

(Calme...)

Modérateur : « Vous ne voyez pas de différence ? »

Dr B : « Si, il y a une sacrée différence, ils ne font pas les pansements par exemple, l'HAD fait d'une part les perfusions d'une part les pansements, les prestataires les gros pansements d'escarres ils ne les feront pas. »

Modérateur : « Comment décririez-vous votre intégration à la prise en charge en HAD ? » « Avez-vous déjà joint l'équipe, le médecin coordinateur ? »

Dr D : « L'équipe m'a joint, l'infirmière, l'assistante sociale et le médecin coordinateur, j'ai pu une seule fois les joindre pour des problèmes administratifs, sinon chacun travaille dans son coin. »

Dr F : « Finalement en réfléchissant, j'ai quand même eu souvent à faire à la HAD (rires).Le médecin coordinateur, je l'ai appelé assez facilement, d'une façon générale, je sais pas si je répons bien à la question mais ce sont des patients lourds, après une hospitalisation, ils ont été suivis en HAD. Ma fois je pense à une patiente atteinte d'un cancer qui est rentrée chez elle, c'est quand même très efficace, j'aurais eu du mal à gérer...ça m'a quand même beaucoup aidé pour la gestion de la patiente. »

« Parfois j'ai eu l'impression d'être on va dire exclu disons de la prise en charge.

Des fois j'étais à côté de la prise en charge mais dans l'ensemble c'est une aide importante vis-à-vis de ces patients lourds. »

Dr B : « Moi je sais que depuis quelque temps ça se passe assez différemment, mais je me souviens d'il y a quelques années, je les ai contactés, on faisait une visite avec la surveillante et l'infirmière pour déterminer tous les besoins etc....c'était bien fait.

Ce sont des patients chronophages de toute façon, j'ai le souvenir que ça se passait plutôt bien. »

Dr C : « Ma connaissance est surtout en EHPAD où ça se passe très bien, j'ai même eu un psychologue qui était venu, pour un monsieur qui avait un glioblastome. Moi je n'ai jamais eu de problème au contraire je trouve cela très efficace. »

Modérateur : « Y en a d'autres qui ont fait la visite avec la surveillante ? »

Dr F : « Je pense pas qu'il y ait beaucoup de surveillantes en HAD »

Dr C: « Il y a un infirmier coordinateur hein. »

Dr B: « C'est une infirmière qui ne fait plus les pansements...(rire) »

Dr A: « Aucune difficulté (rire).Beaucoup de problèmes administratifs effectivement, des régularisations... »

Dr D: « Problèmes de tension entre la famille et l'HAD, ça oui »

Modérateur: « *Quels genres de problèmes ?* »

Dr D: « Ils se sont sentis un peu envahis par l'HAD. D'abord physique car ça prend de la place, et aussi car il y a avait toujours quelqu'un qui passait à des heures pas toujours pratiques pour eux, des gens différents avec qui ils s'entendent plus ou moins bien avec une ingérence dans leur vie quotidienne qui les gênait. »

Dr H: « Ca arrive très souvent on pense que les familles vont être contentes mais il y a souvent des problèmes avec le personnel, incompatibilité d'humeur avec le personnel ça arrive systématiquement. »

Dr F: « Envahissement non... »

Dr C: « Si avec la tour qui contient tout le matériel et les intervenants... »

Dr F: « Mais ce sont de gros malades quand même ! »

Dr C: « L'HAD dit c'est l'hôpital et les familles disent la maison, et je pense qu'il y a des difficultés d'interprétation »

Modérateur: « *Donc c'est plutôt des difficultés entre les patients et l'HAD, qu'entre vous et l'HAD ?* »

Dr C: « Oui... »

Modérateur: « *Vous-même, vous avez jamais eu de problème ?* »

Dr F: « Je pense que le médecin traitant est quand même un peu dépossédé de la gestion complète du patient. »

Dr D: « Oui je suis d'accord. »

Modérateur: « *Le pouvoir est pris par le médecin de l'HAD ou l'infirmière de la HAD ?* »

Dr B: « Je ne suis pas d'accord... »

Dr F: « Pour la dernière HAD, on m'a contacté pour des bons de transports mais pour le reste je n'ai pas été associé à quoique ce soit. »

Modérateur: « *Si par exemple il y a un ECBU positif, on va te dire de prescrire un antibiotique ou alors te demander faut il prescrire un antibiotique ?* »

Dr F: « Non il ne faut pas exagérer... on discute avec le médecin coordonnateur et ça va bien se passer. »

Dr B: « Pour ce qui est de l'appropriation du patient, tout dépend aussi du spécialiste du service hospitalier. Il y a des services hospitaliers qui les lâchent, qui s'en occupent pratiquement plus, on peut dire qu'ils nous font confiance et il y a des services hospitaliers qui se font faxer des prises de sang, ils gèrent tout... »

Modérateur: « *Tu veux dire qu'ils sont toujours suivis par le service hospitalier ?* »

Dr B: « Oui c'est quand en ville on connaît certains services, sans les citer, où ils gèrent tout à distance... »

Modérateur: « *Comme certains services hospitaliers des hôpitaux d'ici?* »

Dr F: « Il y a une certaine logique ; car c'est une hospitalisation à domicile donc quelque part c'est l'hôpital qui vient à domicile et qui gère le patient donc quelque part il y a une certaine logique aussi. »

Modérateur: « *Est-ce que ça n'a pas d'hospitalisation que le nom ? Ce ne sont pas des infirmières de l'hôpital ni médecin de l'hôpital...* »

Dr B: « Des médicaments de l'hôpital... »

Dr H: « Du matériel de l'hôpital... »

Dr F : « Enfin moi, pour les patients que j'ai eu, c'était des patients lourds et je pense que c'est mieux coordonné et que ça facilite le métier du médecin. »

Modérateur : « Non mais la question n'était pas de savoir si l'HAD était nécessaire mais à toi ça pose pas de problèmes quand c'est en place ? »

Dr F : « Non au contraire. »

Modérateur : « Tu règles tous les problèmes avec le médecin ? »

Dr F : « Oui, on a facilement le médecin coordinateur. »

Dr E : « J'ai eu le fax. »

Dr B : « J'ai eu un énorme cahier où il y a 25 onglets, des choses notées n'importe où, la législation (un cirque). »

Modérateur : « Dont la partie dossier médical ? »

Dr F : « Oui mais il y a beaucoup d'administratif. Il faut une heure pour tout regarder. Et ensuite les problèmes du règlement des honoraires, l'envoi des feuilles de soins. »

Dr B : « Oui, mais ça c'est un autre débat... »

Dr H : « Et tu ne retrouves pas où tu as écrit la dernière fois. Le pire l'écriture à l'italienne. »

Dr B : « C'est aux infirmières de te sortir la feuille. »

Dr A : « Moi au contraire, je trouve ça génial les classeurs comme à l'hôpital en ville, avec une équipe d'infirmière, je trouve cela génial. Et je n'ai jamais de rapport avec le médecin coordonnateur, on arrive jamais à l'avoir, on a que les infirmières. »

Dr B : « En général c'est un médecin à la retraite, qu'on connaît déjà, avec qui tu as déjà travaillé. »

Dr E : « Moi j'aime laisser des traces aussi mais je vais qu'à ma section, biologie et médecin, courriers et radiologie... »

Dr G : « Les infirmières, à mon avis ne lisent jamais la partie docteur et il faut écrire sur leur partie pour qu'elles le voient et quand l' HAD s'en va tous les documents disparaissent... »

Modérateur : « Quelles sont les indications ? »

Dr D : « Pansements d'escarres compliqués. »

Dr F : « Je n'ai jamais été à l'initiative, ostéite chronique du genou, amputation d'un pied sur artérite et cancer avec soins palliatifs. »

Dr E : « Fin de vie, cancer, brûlure après un accouchement avec un contexte social particulier. »

Dr B : « Fin de vie et escarres. »

Dr C : « Antibiotiques hospitaliers. »

Dr A : « Maladies chroniques, AVC neuro, insuffisance respiratoire avec surinfections, diabète avec plaies plantaires. »

Modérateur : « Quels sont, selon vous, les apports de l'HAD ? »

Dr D : « Faire des choses compliquées que l'on n'aurait pas pu faire avec les infirmières de ville. »

Dr F : « Nous aider dans la prise en charge des patients et j'ai été plutôt satisfait. »

Dr F : « Cela peut permettre d'éviter l'aggravation de pathologies, le phénomène de glissement... »

Dr B : « C'est mieux, ils sont dans un environnement qu'ils connaissent »

Dr A : « C'est sécurisant pour nous »

Dr C : « La disponibilité d'une équipe. »

Dr E « Cela dépend des équipes infirmiers... »

Modérateur : « En PACA, le recours en HAD est-il aisé ? »

Dr D « Je n'ai jamais eu recours à l'HAD de moi-même. Quand j'étais interne, je ne trouvais pas si aisé de mon point de vue d'interne. »

Dr F : « Je trouve que c'est relativement facile moi. »

Dr E « Moi je n'ai jamais mis en place, donc je ne peux pas vraiment répondre. »

Dr B : « Avant c'était en sortie d'hospitalisation, ça va faire une quinzaine d'années que l'on peut la demander et moi ça se passe bien. A chaque fois que j'en ai besoin, j'appelle, comme un service ordinaire... »

Dr C : « Je trouve que ça s'est démocratisé par rapport à ce que c'était jadis : c'est plus facile, plus accessible et plus facile à mettre en place, c'est mon vécu... »

Dr A : « Je suis d'accord avec tout ce qui a été dit auparavant. C'est plus facile maintenant. J'ai commencé à travailler avec l'HAD dans ma ville, j'étais étudiant en deuxième année de médecine, je travaillais comme aide-soignant. »

Modérateur : « Une suggestion ? »

Dr F : « Une critique : ce qu'il serait souhaitable avant de mettre en place l'HAD c'est qu'ils nous tiennent au minimum au courant, sorti tel jour avec tel traitement...au lieu de retrouver tout le dossier dans ce fameux classeur. Qu'ils nous envoient un mail ou fax en disant ce qu'ils attendent de nous, pour qu'il y ait vraiment tout... »

Modérateur : « Un coup de fil à la sortie HAD ? »

Dr H « Oui. »

(L'ensemble des participants se regarde acquiesçant tous de la tête.)

Dr D « Je ne sais plus. »

Dr E : « Moi quand j'ai reçu la lettre du médecin, je n'avais pas encore reçu le compte rendu de l'hôpital, donc j'ai appris la sortie de l'HAD et après seulement j'ai reçu le courrier de l'hôpital pour savoir ce qui lui était arrivé. »

Dr G : « J'ai été parfois appelé par téléphone, mais pas souvent. »

Dr A : « Souvent, ils n'ont pas identifié le médecin traitant, ils ne savent pas qui est le médecin traitant donc sur le dossier il faut mettre tes coordonnées avec ton numéro de téléphone et que tu tamponnes disant que tu acceptes. Et le nom de ton remplaçant.
Si ce n'est pas rempli ils ne savent pas qui tu es ! »

Dr B « À la limite, si c'est une HAD, on n'a pas besoin de nous... »

Dr F : « Si, ils ont besoin de nous !! Officiellement c'est nous qui avons à charge le patient ! » (*Attitude d'étonnement*)

Modérateur : « Le médecin coordonnateur se déplace à domicile ? »

Dr F : « Oui mais j'ai pas trop l'impression. »

Dr A : « Si, si l'infirmière l'appelle... »

Dr C : « C'est l'infirmière coordinatrice mais le médecin coordonnateur peut aussi venir. »

Modérateur : « Autres possibilités qu'offre l'HAD ? »

Dr A : « ils ont leur psychologue. »

Dr D : « Assistante sociale. »

Dr A : « C'est comme à l'hôpital... »

Modérateur : « Autres choses ? »

Dr H : « En fait, il y a quelque chose qui me gonfle dans l'HAD. On est squeezé !! »

Dr B : « On est pas squeezé »

Dr H : « Si tu as l'infirmière qui va appeler le médecin coordonnateur en disant Mr X n'a pas d'IPP et après le médecin coordonnateur appelle en disant Mr X a mal à l'estomac vous n'avez pas mis d'IPP ? Alors ça m'énerve au plus haut point... C'est insupportable !

L'infirmière ne t'en a pas parlé directement ! C'est insupportable ! »

« Tu ne connais pas les infirmiers et eux non plus. Ils pensent que tu es nul et que tu ne vas jamais venir. » *(Toute l'assemblée écoute attentivement)*

« Il y avait une fin de vie, le week-end j'ai été obligée d'appeler pour être sûr qu'ils avaient mon numéro de téléphone. C'est mon patient je le connais depuis 30 ans, j'étais obligée de dire rappelle moi, j'ai des choses à vous dire ; il était psychotique et elles essayaient de le calmer, non il faut pousser l'Haldol* à fond. Finalement il est mort le lundi matin ...mais j'ai dû me battre pour dire qu'on puisse m'appeler...! »

Dr D : « Je parlais d'envahissement ; il y a vraiment eu un souci entre la famille et l' HAD, au bout d'un moment le ton est monté, j'ai eu l'assistante sociale et le Médecin coordonnateur etc. Il y avait une notion de maltraitance de la patiente, ça a fait boule de neige sauf que les infirmières ne m'en ont pas parlé, elles ont tout de suite appelé le médecin coordonnateur. »

Dr H : « Oui, voilà, tu es squeezé, tu connais le patient sa pathologie psychiatrique et on te demande même pas... »
(Attitude énervée)

Dr A : « Mais si ce sont des infirmières d'HAD est-ce que c'est pas le médecin de l'HAD le responsable juridiquement ? Ou nous ? Heu..?? »

(Tout le monde parle en même temps)

Dr F : « Oui, le problème c'est que tu es sensé être le patron mais c'est pas à toi qu'on s'adresse, mais c'est un peu obligatoire cette histoire... »

Dr A : « J'ai eu un appel d'une infirmière pour une patiente en fin de vie en HAD, elle était juste derrière mon cabinet ; on m'a demandé si je voulais bien la prendre en charge ?j'ai dit oui, j'y suis allé ça se passe très bien... »

Dr B : « Comme d'habitude, on est content de te trouver quand ils sont dans le pétrin, mais dès que ça tourne bien....c'est toujours pareil...ça fait 35 ans qu'on sait qu'on est utile le samedi soir... »

Dr H : « Non quand c'est ton infirmière avec qui tu as l'habitude de travaillerça se passe très bien. Quand tu as l'équipe de l'HAD, tu sais même pas qui est qui et ce ne sont jamais les mêmes. Ils n'ont pas les mêmes avis sur la question. »

« Autre exemple ; on te dit marque moi l'ECBU ou les plaquettes...je supporte pas. »

« Et quand c'est un patient en fin de vie que le médecin hospitalier a prescrit les plaquettes avec une thrombopénie, mais en soins palliatifs... on dit quoi à la famille ? Le médecin hospitalier dit qu'il s'est trompé et appellera la famille ? Le lendemain j'appelle la famille et j'apprends que l'infirmière a fait les plaquettes et qui me demande après une ordonnance de prescription c'est insupportable.

La même équipe avec laquelle je passais le week-end pour prescrire de la morphine que la pharmacie n'avait pas... »

Dr D : « Finalement c'est l'équipe infirmière qui pose problème. »

Dr H : « Les infirmières disaient que les médecins ne répondent jamais alors que j'avais dit de me tenir au courant. C'est énervant les infirmières qui se prennent pour des médecins car elles sont en autonomie elles ont l'habitude de le faire. Elles ne sont pas assez dirigées. »

Dr B : « Infirmières en roue libre... »

Dr H : « Autre exemple, il y a une infection urinaire, on appelle le médecin pour prescrire un antibiotique, alors il faut qu'on appelle le médecin coordinateur pour expliquer de pas le mettre... »

Dr A : « C 'est comme moi, un patient sous nutrition entérale, pour aller plus vite, elle accélérât le truc et le patient faisait pneumopathie sur pneumopathie...j'ai appelé le médecin coordonnateur qui est venu et a expliqué à l'équipe infirmière qu'il ne fallait pas accélérer le système et favoriser au maximum la position demi assise... »

Modérateur : « Avez vous d'autre réaction ? »

(Non général)

Modérateur : « Merci à tous pour votre participation »

Annexe 5

VERBATIM focus groupe numéro 2 du 23 Février 2017 :

(Présentation générale.)

Modérateur : « Nous allons parler de la thèse d'Alexandre qui s'intéresse à l'HAD. Quelle est votre expérience en HAD ? »

Dr J : « Je connais l'HAD depuis 15 ans environ, ça n'a jamais été moi qui suit à l'origine de la prescription. Ce sont des gens qui sont sortis de l'hôpital. »

Dr K : « Mon expérience de l'HAD est très limitée. J'ai eu une patiente sur laquelle l'HAD est intervenue il y a quelques années. C'était à la suite d'une demande du service de gériatrie. »

Dr L : « Moi j'ai eu deux ou trois patients, c'est pas très souvent, essentiellement des soins palliatifs. »

Dr M : « J'ai pas trop d'expérience, mais souvent je régularisais les prescriptions des médicaments et prise de sang. Je n'ai pas été non plus à l'initiative de la mise en place de l'HAD. Les demandes avaient été faites par les services hospitaliers. » « C'est flou pour moi, j'avoue que je ne sais pas trop comment ça marche, ni ce que je dois faire. »

Dr N : « Je ne me rappelle plus exactement le nombre de patients que j'ai eu à prendre en charge, mais j'en ai eu quelques-uns oui, à leur domicile, mais c'est vrai comme à dit Dr L que c'est relativement rare. »

Dr J : « La dernière en date que j'ai eue si je me souviens bien, c'est une patiente qui était en HAD en maison de retraite. »

Dr O : « Alors moi j'ai eu affaire à l'HAD à deux reprises au domicile : un cancer pulmonaire en fin de vie et un cancer du rectum. Je pense qu'ils étaient contents d'être en HAD soutenus par leur famille. »

Dr I : « Je suis rarement à l'initiative mais ça m'est arrivé quelques fois... pour des patients à la maison qui avaient des pansements un peu complexes, des escarres, mais aussi en ce moment en soins palliatifs »

Dr P : « J'en ai eu peu et j'ai une personne en tête oui, une patiente âgée, 85 ans je crois, dans un état de grabatisation avancée, démente et en perte d'autonomie totale, et la famille qui s'en occupait, ses filles se relayaient mais étaient toute sur le bord de l'épuisement. »

Modérateur : « En avez-vous prescrit vous-même ? »

Dr I : « Une fois je pense je me souviens plus très bien l'indication...mais le plus souvent c'est l'hôpital qui prescrit. »

Dr M : « Pour moi, ça a toujours été dans les suites d'une hospitalisation. »

(Les autres intervenants font signe de la tête de non)

Dr N : « Oui, je sais pas s'il y a beaucoup de médecins généralistes qui en prescrivent... »

Dr I : « C'est-à-dire qu'en général, les patients sont déjà hospitalisés et l'HAD est mise en place à leur sortie.. »

Dr K : « Oui c'est ce qui s'est passé pour moi. L'HAD m'a contacté car c'était ma patiente que je suivais depuis quelques années déjà. »

Dr J : « Et là on se dit qu'est ce qui va se passer, va falloir faire le point. »

Modérateur : « Comment décririez-vous votre intégration à l'HAD ? »

Dr M : « On a le sentiment d'être intégré quand le patient est clair et qu'il dit c'est mon docteur, oui... »

Dr O : « Au départ c'est assez frustrant, je ne trouvais pas ma place, je pense qu'il faut essayer de rester actif et s'organiser, mais c'est pas évident. »

Dr P : « Oui c'est chronophage. »

Dr I : « En fait ça dépend des équipes HAD, des hôpitaux qui l'ont mise en place surtout etc.... »

Dr J : « Oui, c'est exactement cela. Sur le plan pratique, il y a des équipes hospitalières où ce n'est pas prévu de communiquer. Ils ont des process où on n'est pas intégré.

Pour l'améliorer, c'est la sensibilisation des équipes hospitalières... car ce sont des malades qui sont graves donc ils sont pris en charge dans un premier temps à l'hôpital.

Et il faut remettre le médecin généraliste à sa place, notre travail n'est pas que administratif.

Je pense qu'avec les générations futures cela va changer. C'est la sensibilisation de tous les partenaires hospitaliers.

L'interface médecin coordinateur -familles - médecin traitant, elle est beaucoup sous l'influence de l'équipe. Ça dépend de l'équipe vraiment. »

Dr N : « Et puis le médecin généraliste, même si notre rôle est reconnu par les patients on n'est pas des spécialistes, le dernier mot revenant toujours à l'hôpital... »

Dr J : « Oui c'est pas évident de trouver sa place, il faut accepter aussi de ne pas être le seul décisionnaire, le seul à tenir les rênes, on est un peu dépossédé. »

Modérateur : « Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de la prise en charge d'un patient en HAD ? »

Dr I : « Je suis en pleine actualité dedans, j'ai une patiente qui est en stade terminale, après toutes les thérapeutiques elle est rentrée chez elle ; elle a le membre inférieur qui a doublé de volume, elle est sortie de l'hôpital, je trouve qu'il n'y a pas de coordination, les parents ne veulent pas d'acharnement, son fils sait ce que c'est, elle a une compression du petit bassin, ça remonte pas. Elle est jeune...il faut que je lui passe les antidouleurs...des morphiniques. La coordination n'est pas très bonne, car l'équipe de l'hôpital se repose sur le contact avec l'IDE de l'HAD, les prescriptions se passent mal je vois que l'hôpital continue de prescrire des choses que je ne prescris pas. Mais les prescriptions de l'hôpital ne sont pas forcément réactualisées, alors ils téléphonent et il y a des prestataires au milieu. Ça manque de coordination. »

Dr O : « En plus ce sont souvent des malades qui sont lourds, et qui prennent du temps, avec des visites longues, des traitements lourds, des résultats d'examen paracliniques consignés dans un classeur où on a bien du mal à s'y retrouver. »

Dr J : « En HAD normale, c'est une visite par semaine, tu fais en sorte de faire ce qu'il y a à faire une fois par semaine, si tu y vas une fois par mois tu vas rester 1 heure c'est sûr. » « Moi je suis tombé sur une équipe, où j'ai une patiente qui est en HAD et l'équipe me demande à faire régulièrement des réunions par exemple on a vu les parents pour s'accorder sur les soins, pour la fin de vie en rapport avec les recommandations, les lois Léonetti...Ils ont vu le médecin coordinateur, le médecin coordinateur m'a fait le retour...bon...j'allais lui reprocher de pas m'avoir prévenu, mais bon voilà, c'est certain qu'il y a beaucoup de choses et pas forcément facile à gérer mais l'HAD nous aide bien quand même. »

Dr N : « Sauf que ça dépend des équipes, il y a des équipes où la coordination n'est pas très bonne, le médecin coordonnateur pas toujours joignable et souvent il faut dire ce qui est. On a l'impression que certaines équipes ont une méconnaissance de comment cela marche sur le terrain. Les délais ne sont pas bons pour nous tenir au courant de certaines modifications de traitement par exemple. »

Dr J : « Pour moi, dans ma façon de travailler, une fois par semaine, je règle les problèmes qu'il y a. »

Dr L : « A l'hôpital le médecin passe une fois par jour, nous on passe une fois par semaine ou plus s'il le faut, du coup il faut tout reprendre, les traitements et éventuels changements, ça prend du temps. »

Dr P : « Ça prend du temps et il faut s'organiser avec le cabinet, je fais des feuilles mais quand on a une réunion ça prend la matinée. Il faudrait réfléchir à cela, payer au forfait... » « On est payé par la caisse je crois, je sais pas si je dois l'envoyer à la sécu ou à l'HAD »

Dr J : « Oui, comme ils sont souvent en ALD tu te fais payé directement par la caisse. »

Dr K : « Jusqu'à il y a 5 ou 6 ans, ça me faisait travailler gratuitement car je n'avais pas le temps d'envoyer mes notes de frais à l'HAD, donc le plus souvent j'étais pas payé, maintenant on envoie direct à la sécu donc on est payé directement par la caisse, alors plus de souci, alors qu'avant on nous disait envoyez à droite à gauche, alors on n'envoyait pas car on n'avait pas le temps... »

Dr M : « Moi je déplore le manque de dialogue entre les médecins de l'HAD et les médecins généralistes. »

Dr O : « Il y a un cahier de liaison, mais j'avoue il n'est pas toujours facile de s'y retrouver. »

Dr N : « c'est le moins qu'on puisse dire, la feuille de prescription médicamenteuse est peu pratique. En fait c'est le problème du dossier médical et des prescriptions sur ordonnancier spécifique qui ne sont pas du tout pratiques, auquel s'ajoute le problème de délivrance avec les pharmacies de villes...ce n'est pas simple. »

Modérateur : « *Quelles furent les indications pour lesquelles vous avez eu recours à une prise en charge en HAD ?* »

Dr I : « J'ai une patiente qui est en stade terminal actuellement d'un cancer digestif métastatique, ce sont des malades qui sont graves »

Dr L : « J'ai eu plusieurs patients, c'était tous dans le cadre de soins palliatifs pour des néo évolués... »

Dr M : « L'HAD gère beaucoup les pansements complexes, des traitements IV et des soins lourds, que les infirmières à domicile ne peuvent plus gérer seules. »

Dr P : « Les patients nécessitant des soins de nursing lourds »

Dr O : « Même si la plupart des médicaments c'est moi qui les prescris et ils sont délivrés en officine, l'HAD est parfois nécessaire pour des médicaments hospitaliers et c'est l'équipe de l'HAD qui se charge d'aller les chercher à la pharmacie centrale des hôpitaux, pour des médicaments qu'on ne pourrait trouver en officine. »

Modérateur : « *Quels sont les apports de l'HAD selon vous ?* »

Dr J : « Ca dépend pour qui ? »

Modérateur : « *d'une manière générale...pour les patients et la famille...* »

Dr M : « Pour les familles c'est bien plus facile d'être présente pour le patient. Imaginons que l'hôpital soit loin de leur domicile, elle ne pourrait visiter le patient que quelques fois dans la semaine... »

Dr I : « Oui et avec les petits c'est pas toujours très simple »

Dr K : « C'est une bonne solution pour éviter que le patient séjourne longtemps à l'hôpital, je suis tout à fait pour, le patient est moins malheureux qu'à l'hôpital dans les longs séjours car ils sont dans un environnement qu'ils connaissent et les personnes âgées, sorties de leur environnement, elles décompensent rapidement, et des fois ne reviennent même plus chez elles. »

Dr I : « Oui, je suis d'accord avec toi, si c'est justifié et bien organisé c'est mieux pour le patient, et l'HAD permet de chapeauter tout cela et permet d'avoir un suivi coordonné. »

Dr L : « En général, l'HAD se passe bien car ils sont dans un environnement qu'ils connaissent, mais quelque fois ça ne se justifie plus, il faut mettre un terme pour que d'autres en profitent car les places sont limitées je crois. Ca dépend de l'environnement familial aussi »

Dr M : « Oui, mais ça se passe pas forcément toujours bien avec les familles, dans mon cas, les horaires de visites ne convenaient pas toujours, cela créait des tensions et il a fallu que je fasse tampon entre la famille et l'équipe d'HAD. »

Dr O : « Et c'est de notre rôle, nous médecins, de pouvoir respecter la volonté du patient s'il le désire. »

Dr J : « Du point de vue économique si c'est justifié c'est beaucoup moins cher que l'hôpital, il faut pas que l'HAD consiste à 2 injections d'insuline. » (Rires)

Modérateur : « *Et pour le médecin généraliste ?* »

Dr J : « J'ai eu malgré tout des exemples de prise en charge au cours desquelles j'ai eu un retour total des soins et des décisions, donc ça marche mieux car il y a une structure, c'est acté, il y a eu une première réunion de coordination, et ça nous facilite quand même bien notre travail. »

Dr L : « Par rapport au médecin, ça permet de se reposer, je sais que quand il n'y a pas d'HAD, il faut s'assurer de trouver un IDE, un Kiné. Quand il y a l'HAD ce sont eux qui gèrent tout cela ça nous facilite tout ça. »

Dr N : « Les médecins hospitaliers font aussi des prescriptions, on est plus facilement en rapport avec eux »

Dr M : « Cela permet de mieux gérer également tout ce qui est prise en charge sociale, les aides, tout ce qui est demandes de MDPH, il y a l'assistante sociale et dans les pathologies lourdes et les soins complexes, avoir un deuxième avis, peut être intéressant »

Dr P : « Quand on a un patient en HAD, on supervise un peu, disons que ça change notre pratique habituelle aussi »

(Silence) (Interruption brève de 1 minute pour appel téléphonique)

Modérateur : « Pensez vous que cela renforce le rôle du médecin traitant ? »

Dr I : « Dans une période de pénurie de médecins, ce qui n'était pas le cas il y a 25 ans. Il n'y a pas de souci, notre rôle est là si on veut l'assumer, les structures hospitalières se déchargent sur nous »

Dr P : « Parfois on a quand même l'impression d'être relégué au second rôle ; c'est assez frustrant. »

Dr J : « Attends, tu as ton mot à dire, par rapport au patient , j'avais un patient qui était en HAD avec sa compagne IDE en retraite, j'ai mis un terme à l'HAD car il avait une HAD personnelle. C'est toi qui gère quand même. »

Modérateur : « Le recours est-il aisé en PACA ? » « Avez vous une structure que vous pouvez joindre facilement ? »

Dr I : « L'ensemble des structures locale notamment SSV est très facilement joignable, la mise en place de l'HAD se fait rapidement après avoir rempli le formulaire de demande. »

Dr P : « Oui on les a relativement facilement »

Dr M : « Moi j'ai jamais mis en place, mais je suppose que ça se fait bien. »

(Les autres participants acquiescent)

Modérateur : « autre chose ? »

(Non général)

Modérateur : « Merci à tous pour votre participation »

IX. Abréviations

APHP :	Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS :	Agence régionale de santé
AVQ :	Activités de la vie quotidienne
CH :	Centre hospitalier
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CSP :	Code de la santé publique
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DU :	Diplôme universitaire
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour âgées dépendantes
ESA :	Equipe spécialisée Alzheimer
FMC :	Formation médicale continue
FNEHAD :	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
GHPC :	Groupe homogène de prise en charge
GHT :	Groupe homogène de tarif
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAS :	Haute autorité de santé
HCAAM :	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IK :	Indice de Karnofsky
IRDES :	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MG :	Médecin généraliste
MPA :	Mode de prise en charge associé
MPP :	Mode de prise en charge principal
MT :	Médecin traitant
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SROS :	Schémas régionaux d'organisation des soins
SSIAD :	Services de soins infirmiers à domicile
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
T2A :	Tarification à l'activité

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.

Introduction : L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue pour les patients une alternative de prise en charge à l'hospitalisation classique, répondant aux enjeux démographiques et au sein de laquelle les médecins généralistes y détiennent un rôle majeur. Cependant les prescriptions d'HAD notamment celles émanant du domicile restent encore faibles. L'objectif principal de ce travail était d'analyser les difficultés ressenties et les opinions des médecins généralistes du Var lors de la prise en charge d'un patient en HAD, et ainsi déterminer les réserves à sa prescription. L'objectif secondaire était de faire un état des lieux de leurs connaissances sur les indications et les apports de l'HAD.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Var ayant déjà pris en charge un patient en HAD à l'aide de deux focus groupes.

Résultats : Les médecins rencontrés ont souligné leur faible expérience évoquant des indications limitées. Les principales difficultés exprimées étaient la lourdeur administrative et médicale de la prise en charge, le manque de communication et d'intégration au sein de l'équipe d'HAD. Les médecins interrogés ont cependant souligné les apports de l'HAD tant pour les patients, que pour les familles mais aussi pour leur propre exercice.

Conclusion : Les pouvoirs publics tentent de répondre à certaines de ces difficultés en orientant leurs mesures vers la formation des praticiens, avec une meilleure efficacité des relations et de la communication entre les différents acteurs. Porter à la connaissance des médecins généralistes les apports de l'HAD dans ses différentes indications actuelles, pourrait constituer également un levier supplémentaire pour favoriser son utilisation.

Mots clés :

Hospitalisation à domicile - médecin généraliste - médecin coordonnateur - enquête qualitative - alternative à l'hospitalisation