



HAL
open science

Quels sont les déterminants à la prescription de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes

Charlotte Salat

► **To cite this version:**

Charlotte Salat. Quels sont les déterminants à la prescription de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02088713

HAL Id: dumas-02088713

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088713>

Submitted on 3 Apr 2019

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.



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

Quels sont les déterminants à la prescription de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes ?

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 Octobre 2018

Par Madame Charlotte SALAT

Née le 31 août 1987 à Saint-Germain-en-Laye (78)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BARLESI Fabrice

Président

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) BERBIS Julie

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Assesseur

Monsieur le Docteur PONGE Thierry

Assesseur



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

Quels sont les déterminants à la prescription de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes ?

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 Octobre 2018

Par Madame Charlotte SALAT

Née le 31 août 1987 à Saint-Germain-en-Laye (78)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BARLESI Fabrice

Président

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) BERBIS Julie

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Assesseur

Monsieur le Docteur PONGE Thierry

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 universitaires : 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 Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

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

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
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
SASTRE Bernard
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
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

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

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

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

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
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 Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
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

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES 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)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

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)
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)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

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

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

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

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (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)
DUBOURG Grégory (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) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

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

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
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)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (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) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

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) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 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)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE 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)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

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

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR 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)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

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)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème 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)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (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)

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

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
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)

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

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)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

REMERCIEMENTS

Au président du jury de Thèse,

Monsieur le Professeur BARLESI Fabrice,

Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse et d'avoir répondu présent si agréablement. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Aux membres du Jury de Thèse,

Monsieur le Professeur FILIPPI Simon,

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre le temps de juger ce travail. J'espère sincèrement que cette thèse, réalisée dans cette belle région des Hautes-Alpes, vous aura plu. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère considération.

Madame le Docteur Dr Berbis Julie,

Je vous remercie d'avoir répondu présente si rapidement et d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie,

Aurélie, merci de m'avoir soutenue dans ce travail qui clôture ces belles années d'étude. Tu pratiques une très belle médecine, merci de me l'avoir fait découvrir à travers quelques remplacements dans le cabinet de la petite Autane. Je tâcherai de l'exercer aussi bien que toi.

A ma famille,

A Papi, un exemple d'humanité sans qui je n'aurais pas choisi cette voie.

A Mamine, modèle de courage et d'élégance.

A Granp-Père et Grand-Mère, modèles de rigueur et de bienveillance.

A mes parents, soutien permanent sans qui je n'aurais jamais réussi à devenir ce que je suis.

A mes frères, AIErJy, piliers d'une vie.

A ma Marraine et mon Parrain, modèles de médecins.

A Payp, TQM.

A Gag, 30 ... et plus !

A mes oncles et tantes,

Agnès, Thierry, Didier, Christine, Nathalie, Didier : à Carantec comme au Grand-Breuil, merci d'avoir pris le relai et de nous réunir aussi souvent que possible.
Jean-Pierre, Cathy, Jacques, Hélène, Marie, Georges, Betty : à Laprade, Bordeaux, Saint-Lary, La Bourboule, une chance de se retrouver tous, merci de le perpétuer.

A mes cousins,

Les Martin : Fél, Bibi, Titi, Gagou, Nono, Francote, Stan, Anat, Cômette, Pén et Garance.

Un très joyeux bordel !! Addictif !

Les Salat : Matthieu, Hélène, Julien, Antoine, Marie, Thomas, Gabriel et Victoire.

Une belle brochette !

Les grands et petits nouveaux ! Lily, Coralie, José, Marion, Titouan, Binbin (cahotte happé!),

Dada et dédé !! Que les fous rires continuent !

Marion, Vincent, Estelle, Aurélie, Cyril, Margaux, Noé, Louise, Louna et Julie.

Ce n'est qu'un début !

A mes amis,

A mes amies de Paris, Clairon, Val, Marie, des amitiés de longue date, inconditionnelles.

A Constance, amitié rare et immuable.

A mes amis de Carantec, ce petit coin de Paradis, les rigolos de la baie de Morlaix:
JM, Gwladys, Marie Lulu, Manon, Soso, Marine, Marion ... avec qui j'ai rêvé en bateau.

A Fanch, amitié précieuse et perpétuelle.

Aux bégettes, amitié sans faille : Lolo, Ady, Marinette, Margaux, Marie, Presc : Bretagne, dîners, apéros, mer, bateau, paddle, vernis, bébés, footing, mariage, dixit, kite, potager, Rennes, Lyon, Poitiers, La Réunion, Antilles, Brest, Paris, Marseille ... BRETAGNE, évidemment !

A mes amies de Rennes : Marine, Mathilde, les deux Marie !! Je ne pensais pas qu'il existait autant de types de bars et de bières à Rennes !!

A mes colocs, essentiels : Lili, Mamoulette, Vinou, Arturo et Alcey (oui, c'est tout comme !!), l'internat n'aurait jamais eu la même saveur sans vous. Et vive Céline ;)

A Perrina : Voyages, rêves ...

Aux Gapençais : Stef, Isa, Ivonne, Anne-Laure : skis, apéros, rando, escalade, croziflette, rires, Cht'i ... c'est reparti !!

A Marie-Line et Virginie : Paddle, Cht'i, Pitou, rue Carnot, of course !

A Caro : épicurienne.

Aux toulonnais, Audette, Paupiette, Pierro, Cléclé, Juju : unis ! il le fallait pour ce stage chronophage ! mais compensé par les apéros playas et les fous rires !!

A Débo, Ferré, début d'internat, Marseille, nous voilà !

Aux médecins rencontrés,

A Dr Coffinet.

A Dr Vergne.

Aux médecins qui m'ont encadré pendant mon internat.

Aux médecins qui ont participé aux groupes nominaux et ont répondu aux questionnaires.

A mes co internes.

...

Aux bonheurs de la vie. Liberté.

Merci !

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION ET CONTEXTE	3
Introduction	3
Développement du contexte	4
La création de l'HAD et encadrement légal.	4
Une utilisation de plus en plus importante...	5
...Pour des pathologies diverses...	6
... répondant à une demande croissante de prise en charge à domicile ...	7
...Et à une nécessité de maîtrise des coûts.	7
Le fonctionnement de l'HAD.	9
Les acteurs de L'HAD.	11
L'HAD de GAP.	15
MATERIEL ET METHODE	20
Type d'étude.	20
Population étudiée.	20
Modalité d'accès et de recrutement des participants.	21
Technique de recueil des données.	21
Analyse des données.	23
Méthodologie de la bibliographie	24
RESULTATS	25
LES GROUPES NOMINAUX	25
Caractéristiques démographiques	25
Principaux résultats	26
Quels sont les freins à l'utilisation de L'HAD ?	26
Premier groupe nominal	26
Deuxième groupe nominal	28
Synthèse et développement	29
Quelles sont les solutions à mettre en place pour faciliter la prescription de l'HAD ?	32
Premier groupe nominal	32
Deuxième groupe nominal	33
Synthèse et développement	33

LE QUESTIONNAIRE	37
Caractéristiques démographiques	37
Principaux résultats	40
Les freins à l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes.	41
Les solutions qui pourraient faciliter la mise en place de l'HAD.	42
Nouvelles propositions	44
DISCUSSION	45
FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	46
Une étude qualitative : un choix adapté pour la compréhension d'arguments subjectifs	46
Les médecins généralistes comme population cible : un choix cohérent par leur rôle central dans l'HAD.	46
Mode de recrutement : une méthode adaptée marquée par un biais de sélection	46
Le groupe nominal : un mode de recueil adapté dont l'efficacité a pu être modérée par le manque d'expérience du coordonnateur.	47
Les groupes nominaux : une méthodologie adaptée, mais qui présente certaines limites.	48
Le questionnaire : un biais de non réponses limité et un apport quantitatif pour la validation de nos résultats.	48
DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	50
Des résultats concordants avec les données de la littérature.	50
L'absence d'information, manque d'initiative ou de diffusion?	51
Le manque de communication entre les intervenants, manque de volonté ou de moyens ?	51
Le médecin traitant : un rôle central tout au long de la prise en charge en HAD.	52
L'«hospitalo-centrisme» peu apprécié par les médecins généralistes.	53
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES	59
ABREVIATIONS	64
FIGURES ET TABLEAUX	66
RESUME	68

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Introduction

L'hospitalisation à domicile (HAD), alternative à l'hospitalisation conventionnelle, permet de prendre en charge des patients souffrant de pathologies évolutives, aiguës ou chroniques, sur leur lieu de vie, pour une durée limitée dans le temps mais révisable en fonction de l'évolution de leur état de santé. L'HAD délivre des soins coordonnés de nature hospitalière, en associant le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.

Depuis 1957, date de la création du premier établissement d'HAD en France, divers textes de loi ont permis de structurer et de développer ces services, notamment depuis le début des années 2000. (1)(2)

Perçue comme un élément de réponse à la demande croissante de la population d'être soignée au domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques, le nombre de structures et de places d'HAD est en plein essor depuis 20 ans. (1)(3)

Par un décret de 1992, le médecin généraliste a la possibilité de prescrire l'HAD, et est désigné comme le pivot de la prise en charge. Malgré ce rôle, selon un rapport de la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) de 2016 utilisant les données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), seulement 35% des HAD relèveraient de l'initiative du médecin traitant. (4).

Face à ce constat, nous avons réalisé une étude qui a pour objectif d'obtenir un consensus auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes concernant les déterminants de l'utilisation de l'HAD par eux-mêmes. Après avoir identifié les freins à sa prescription, nous avons analysé les solutions proposées par les médecins généralistes pour une meilleure utilisation de l'HAD.

Développement du contexte

Création de l'HAD et encadrement légal.

Les Home care, précurseurs de l'HAD, voient le jour en 1947 aux USA. Elles ont été créées par le Dr Bluestone, directeur de l'hôpital Montefiore de New York, dans le but de désengorger l'hôpital. Il imagine un système de prise en charge des patients alternant séjour hospitalier pour les traitements lourds et maintien à domicile pour les phases de soins de suite.(1)(4)

En 1957 l'AP-HP crée la première structure d'HAD. Elle est ensuite encadrée sur le plan législatif par l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant la réforme hospitalière. C'est la reconnaissance officielle de l'HAD en France. (1) (3) (5). En 1973 est créée la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) qui a pour mission de promouvoir le développement de cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle sur le territoire national. (1)

Vingt ans plus tard, en 1991, la législation reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle. Puis, le décret du 2 octobre 1992 autorise le médecin traitant à prescrire l'HAD. (6)

Les années 2000 voient l'apparition d'une politique de soutien et d'expansion de l'HAD en France. Elle devient gérée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)(7). Dans la circulaire du 30 mai 2000 consacrée à l'HAD, le médecin généraliste y est décrit comme le pivot dans l'organisation d'une HAD. (7) Ce statut est ensuite renforcé dans la circulaire de 1^{er} décembre 2006 (8).

La circulaire du 5 octobre 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (9). Elle a été complétée par celle du 18 mars 2013 relative à l'intervention dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social. (10)

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (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. (11)

Une utilisation de plus en plus importante...

Selon les données de la FNEHAD, le nombre de structures de l'HAD a doublé en 10 ans. (12) Elles sont passées de 166 en 2006 à 302 en 2016 (Figure 1). Cette même année, elles ont assuré 4,9 millions de journées d'hospitalisation (27,6 jours d'hospitalisation par patient en moyenne) pour 110 000 patients distincts (8 000 enfants de moins de 18 ans, 74 000 adultes de 18 à 79 ans, 28 000 adultes de plus de 80 ans).(12)

Le gouvernement accompagne cette dynamique et a fixé pour 2018 un objectif de 30 à 35 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants. Cela correspondrait au doublement de l'activité globale de 2011. (13) (14)

	NOMBRE D'HAD	ÉVOL. EN %	NOMBRE JOURNÉES	ÉVOL. EN %	NOMBRE SÉJOURS COMPLETS	ÉVOL. EN %	NOMBRE PATIENTS	ÉVOL. EN %	VALORISATION BRUTE EN EUROS	ÉVOL. EN %
2005	123	-	1 505 814	-	63 666	-	35 017	-	285 071 409	-
2006	166	-	1 948 210	+29%	80 980	+27%	46 022	+31%	385 979 339	+35%
2007	204	+23%	2 379 364	+22%	95 100	+27%	56 287	+22%	474 842 806	+23%
2008	231	+13%	2 777 900	+17%	112 591	+18%	71 743	+27%	546 062 339	+15%
2009	271	+17%	3 298 104	+19%	129 748	+15%	86 674	+21%	652 368 093	+19%
2010	292	+8%	3 629 777	+10%	142 859	+10%	97 624	+13%	714 045 440	+9%
2011	302	+3%	3 901 637	+7%	149 196	+4%	100 100	+3%	771 218 660	+8%
2012	317	+5%	4 207 177	+8%	156 318	+5%	104 960	+5%	825 049 082	+7%
2013	311	-2%	4 366 656	+3,8%	156 638	0%	105 144	+5%	859 148 360	+4,1%
2014	309	-1%	4 439 494	+1,7%	156 284	0%	106 205	+1%	873 806 744	+1,7%
2015	308	-0,3%	4 629 254	+4,3%	160 793	+2,9%	105 309	-0,8%	913 385 275	+4,5%
2016	302	-1,9%	4 877 563	+5,4%	174 372	+8,4%	109 866	+4,3%	966 646 631	+5,8%

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

Figure 1. Rapport d'activité de la FNEHAD 2017. (12)

...Pour des pathologies diverses...

La circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile a défini les types de soins qui peuvent y être délivrés (7). L'HAD permet ainsi de réaliser :

- Des soins ponctuels techniques et complexes pour une pathologie non stabilisée et pour une durée déterminée (ex. chimiothérapie, antibiothérapie intraveineuse...).
- Des soins continus techniques, plus ou moins complexes, associant soins de nursing lourds et entretien de la vie pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée (ex. soins palliatifs).
- Des soins de réadaptation au domicile après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique complexe, cardiologique ou d'une polypathologie gériatrique pour une durée déterminée.

Finalement, 29 indications d'HAD ont été définies. Elles sont énumérées dans le Figure 2 (12).

NOMBRE DE JOURNÉES PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL HORS GHT 99

MPP	LIBELLÉ	2015		2016		2015-2016 ÉVOLUTION
		NBRE JOURNÉES	%	NBRE JOURNÉES	%	
1	Assistance respiratoire	124 618	3%	120 591	2%	-3,2%
2	Nutrition parentérale	115 877	3%	116 832	2%	+0,8%
3	Traitements intraveineux	271 966	6%	295 196	6%	+8,5%
4	Soins palliatifs	1 094 598	24%	1 195 790	25%	+9,2%
5	Chimiothérapie anticancéreuse	95 722	2%	106 001	2%	+10,7%
6	Nutrition entérale	317 303	7%	323 600	7%	+2,0%
7	Prise en charge de la douleur	106 647	2%	122 160	3%	+14,5%
8	Autres traitements	102 651	2%	113 289	2%	+10,4%
9	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 241 606	27%	1 361 534	28%	+9,7%
10	Post-traitement chirurgical	106 174	2%	110 736	2%	+4,3%
11	Rééducation orthopédique	33 824	1%	33 104	1%	-2,1%
12	Rééducation neurologique	53 826	1%	50 232	1%	-6,7%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	171 001	4%	180 585	4%	+5,6%
14	Soins de nursing lourds	473 408	10%	444 589	9%	-6,1%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	53 578	1%	61 074	1%	+14,0%
17	Surveillance de radiothérapie	3 666	0,1%	4 536	0,1%	+23,7%
18	Transfusion sanguine	595	0%	703	0,01%	+18,2%
19	Surveillance de grossesse à risque	120 041	3%	107 138	2,2%	-10,7%
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	2 704	0,1%	0	0%	NS
21	Post-partum pathologique	69 605	2%	71 531	1,5%	-64,1%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	27 069	1%	24 966	0,5%	-74,3%
24	Surveillance d'aplasie	6578	0,1%	6 962	0,1%	-70,3%
29	Sortie précoce de chirurgie	0	0%	1 954	0,04%	NS
TOTAL		4 593 057	100%	4 853 103	100%	+5,7%

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

Figure 2, indications d'HAD. Rapport d'activité de la FNEHAD 2017. (12)

S'il existe différentes indications, on constate que deux sont prédominantes. En effet, 25% des prises en charge concernent des soins palliatifs et 28%, des pansements complexes. Les soins de nursing arrivent en 3ème position avec 9% des prises en charge.

L'HAD est principalement utilisée chez des patients dépendants. Selon le rapport de la FNEHAD 2016-2017, 57,5 % des journées d'HAD concernaient des patients connaissant un niveau de dépendance élevé, mesuré par un indice de Karnofsky inférieur à 40 % (12).

En 2016, le nombre de journées réalisées en établissements sociaux et médico-sociaux a représenté 6,7% de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD. Sur ces 6,7%, 94% de l'activité l'ont été dans les EHPAD, 4 % dans les autres établissements médico-sociaux, et 2 % dans les établissements sociaux (12).

... répondant à une demande croissante de prise en charge à domicile ...

L'HAD est en partie utilisée pour la prise en charge palliative de certains patients. Dans ce domaine, elle répond à une demande claire et forte de la population. En effet, selon un sondage de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV), en 2013, 80% des Français souhaiteraient finir leur vie à domicile. Les attentes sont loin de la réalité, puisque cette même année, seulement 25% des décès ont eu lieu au domicile (15) (16).

... Et à une nécessité de maîtrise des coûts.

Depuis 2006, tous les établissements d'HAD sont soumis à la tarification à l'activité (TAA), quelque soit leur statut, dans le but d'être en adéquation avec leurs dépenses réelles. La tarification journalière est déterminée par la combinaison de 3

facteurs : le mode de prise en charge principal dans la liste des modes autorisés, le mode associé, le niveau de dépendance mesuré par l'indice de Karnofsky (17). A cela s'ajoute un quatrième facteur, la durée d'hospitalisation, la tarification étant dégressive à partir du 5eme jour.

Selon une étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2006, l'HAD est une alternative économique aux services de soins de suite et de réadaptation (SSR). En effet, pour des soins superposables, le coût de fonctionnement de l'HAD est 35% moins élevé qu'en SSR (18) (19). Selon une étude de L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) publiée en 2009, le coût de la prise en charge d'un patient en soins palliatifs serait 48% inférieur en HAD à celui de la prise en charge dans un service conventionnel (19).

En 2016, le montant du coût global de l'HAD est de 967 millions d'euros ce qui correspond à 1% des dépenses hospitalières et 0,5% des dépenses de l'assurance maladie (12). Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation à domicile pour l'assurance maladie est de 198,2 euros soit quatre fois moins que celui d'une journée en hôpital conventionnel (12).

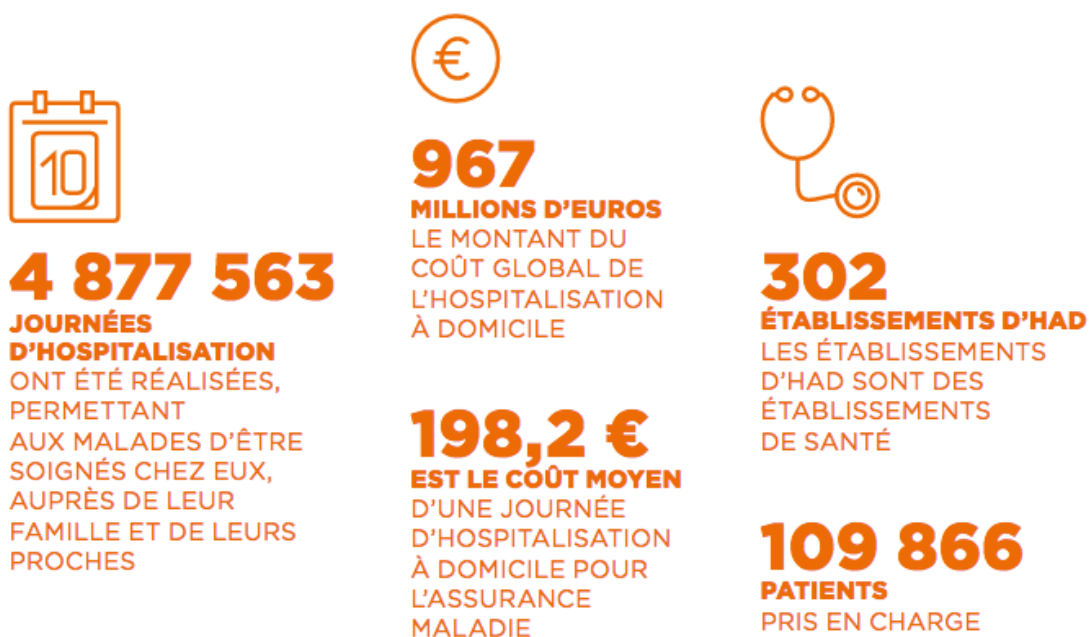


Figure 3. Source PMSI – calculs FNEHAD. Rapport d'activité de la FNEHAD 2017. (12)

Fonctionnement de l'HAD.

L'article R.6121-4 du code de santé publique précise que « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » (19).

L'HAD concerne donc les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, pour lesquelles, en l'absence de tels soins, une hospitalisation en établissement de santé serait nécessaire. Ces soins complexes, médicaux et paramédicaux, s'inscrivent dans un projet thérapeutique, psychologique et social, préalablement établi par le médecin coordinateur de l'HAD, le médecin traitant et parfois un médecin hospitalier.

Organisation :

Lorsqu'une HAD est prescrite, soit par le médecin traitant soit par un médecin hospitalier, l'équipe de coordination de l'HAD fait une évaluation initiale :

- Elle vérifie que l'indication de prise en charge entre dans le cadre de l'HAD.
- Elle évalue le patient cliniquement, psychologiquement et socialement.
- Elle met en place un projet thérapeutique en lien avec le médecin traitant et le médecin prescripteur.

La prise en charge en HAD est limitée dans le temps mais peut se renouveler en fonction de l'évolution du patient.

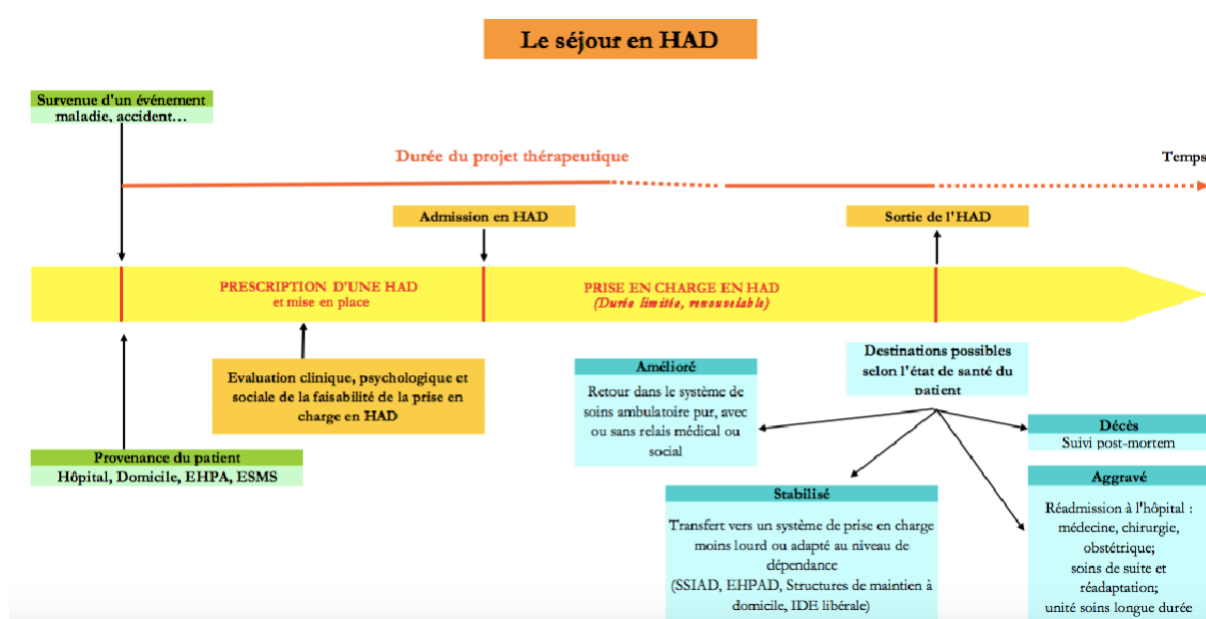


Figure 4. Source IRDES. L'HAD à la française, modèle historique et enjeux actuels. (3)

La sortie du patient de l'HAD est évaluée par le médecin traitant et le médecin coordinateur. En fonction de l'état de santé du patient, plusieurs devenir sont possibles.

Devenir des patients en HAD :

Globalement, à la suite d'une prise en charge en HAD, 55% des patients resteront au domicile et 33% seront secondairement transférés à l'hôpital. Les décès représentent 12% des patients.

Lorsque l'HAD est initiée depuis le domicile 71 % des patients resteront chez eux alors que seulement 16% seront hospitalisés. Le taux de décès du patient est légèrement plus élevé, représentant 13% des patients Figure 5 (12).

A l'inverse, lorsque l'HAD est initiée depuis l'hôpital seulement 46% des patients resteront au domicile alors que 43% des patients seront de nouveau hospitalisés. Le taux de décès est légèrement inférieur représentant 11% des patients (12).

LA TRAJECTOIRE DES PATIENTS EN HAD EN 2016

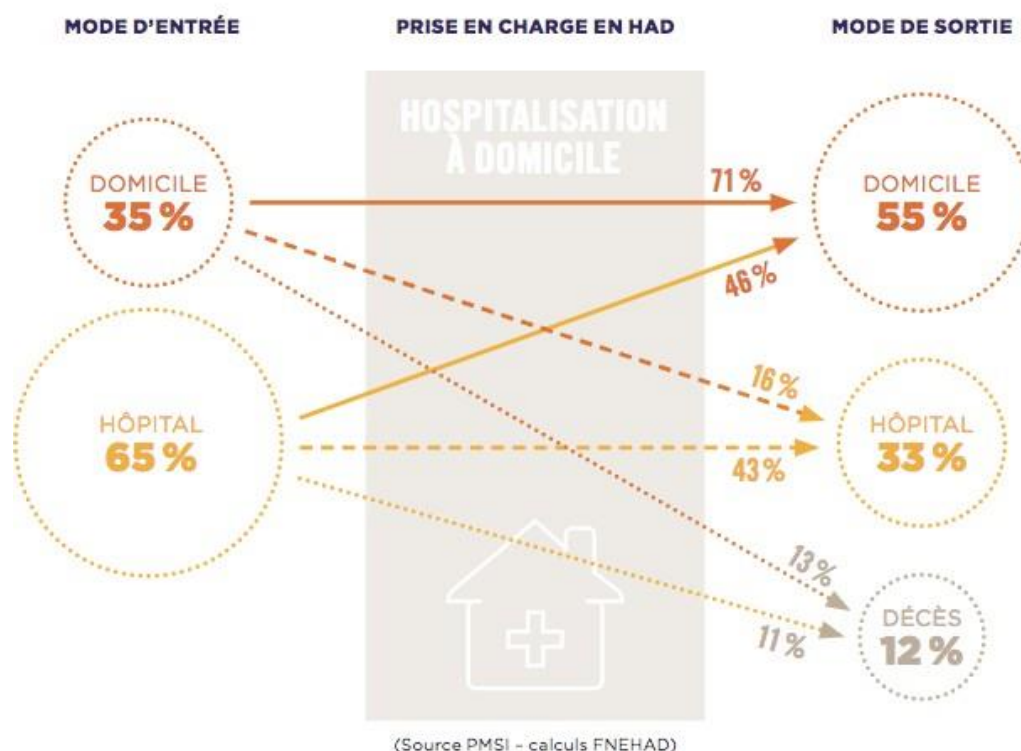


Figure 5. Rapport d'activité de la FNEHAD 2017. (12)

Les acteurs de L'HAD.

Le médecin coordonnateur

Fonction créée par la circulaire d'octobre 1992, le médecin coordonnateur est le référent médical de l'établissement d'HAD. Salarié du service, il remplit un certain nombre de missions aussi bien médicales qu'administratives (6).

Il émet un avis médical pour chaque demande d'admission et de sortie de l'HAD en s'appuyant sur des protocoles établis en concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, en prenant en compte également l'enquête médico-sociale. Par la mise en place de procédures formalisées, il contribue à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient et assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers. D'un point de vue médical, il ne

prescrit pas, ne soigne pas et ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence. 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 et la permanence des soins. Cela nécessite de pouvoir être joint 24h/24. Il existe donc des astreintes que se partagent les médecins coordonnateurs et des médecins correspondants. La prise en charge étant globale, le médecin coordonnateur coopère aussi 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.

Le médecin coordonnateur occupe également un rôle de formateur de l'équipe soignante et participe à l'évaluation de la qualité du service. (9) (7) (14) (20) (21).

Les Paramédicaux

Le cadre infirmier : salarié de la structure HAD, il assure des fonctions de coordination des soins auprès des paramédicaux employés ou rétribués. Il a la responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de l'organisation de la prise en charge. Enfin, il évalue les besoins matériels nécessaires dès l'admission d'un patient et pendant toute la durée de la prise en charge.

Les infirmier(e)s: mettent en œuvre le protocole de soins au chevet du patient sur prescription du médecin traitant en organisant la planification des soins dont ils assurent l'exécution.

Les médecins hospitaliers

Par leur rôle d'experts pour certaines pathologies fréquemment traitées en HAD, particulièrement en oncologie, cardiologie et neurologie, ils mettent à disposition du service d'HAD des procédures et des protocoles thérapeutiques et participent

également à la formation des médecins traitants. D'autre part, selon l'évolution de l'état de santé du patient, le médecin hospitalier s'engage à réadmettre sans délai un patient transféré en HAD (9) (14) (20) (21).

Le médecin traitant

Pivot de cette organisation, le médecin traitant est librement choisi par le patient. L'HAD ne peut se réaliser sans son accord.

Sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD, il donne ou non son aval par la signature d'un accord de prise en charge. Il participe alors à l'élaboration du protocole de soins qui définit entre autres le nombre et la fréquence des visites, et doit se rendre disponible en cas d'urgence survenant aux heures ouvrables. Il est responsable de son diagnostic et de ses prescriptions, et assure le suivi médical ainsi que la surveillance des soins lors de ses visites périodiques. Le médecin traitant consigne ses actions dans le dossier médical du patient à son chevet et peut solliciter l'avis du médecin coordonnateur et des médecins spécialistes afin d'adapter les soins.

D'autre part, la rencontre du médecin traitant avec l'équipe soignante de l'HAD au lit du patient est encouragée dans le but de faciliter la prise en charge et le suivi du malade. Avec le médecin coordonnateur, il est le garant de la qualité de l'information concernant le malade, de son état de santé et de son traitement.

Pour la décision de sortie, il est sollicité par le médecin coordonnateur. Il peut cependant demander à ce dernier de mettre fin à l'hospitalisation avant son terme s'il considère que l'état de santé du patient ne justifie plus une HAD.

Enfin, étant médecin libéral, sa rémunération est effectuée directement par l'HAD selon la convention établie et non par le malade ou l'assurance maladie (9) (14) (20) (21).

Les autres acteurs

Les acteurs sociaux : leur rôle est essentiel pour une prise en charge globale. Ils évaluent le réseau familial et social dans le but de garantir des conditions adéquates au bon déroulement des soins au domicile. Ils permettent également l'évaluation des besoins en aide supplémentaire que sont les aides ménagères, le portage des repas...

Les psychologues : les 29 modes de prise en charge concernent, pour la plupart, des pathologies lourdes évolutives et des soins palliatifs. La prise en charge psychologique est donc indispensable. L'accompagnement psychologique concerne aussi bien le malade, sa famille que les aidants afin notamment d'éviter l'épuisement et la ré-hospitalisation du patient (9) (14) (20) (21).

En dehors des professionnels salariés de l'HAD, cette dernière peut recourir à certains paramédicaux comme les infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes... qui sont rémunérés ponctuellement à la prestation. C'est le cas surtout pour les petites HAD ou lorsque les patients sont en milieu rural, trop éloigné de la structure pour qu'intervienne le personnel salarié. Cette collaboration est formalisée dans un contrat définissant le cadre juridique. Le professionnel s'engage ainsi à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission des informations et la tenue du dossier de soins. Il participe donc à l'élaboration du protocole de soins et à sa réévaluation.

L'hospitalisation à domicile couvre actuellement l'ensemble du territoire national. L'offre reste malgré tout répartie de façon inégale sur le territoire avec de grandes disparités entre les régions. Les structures d'HAD présentent des spécificités de gestion et de pilotage, elles n'ont donc pas toutes le même mode de fonctionnement.

L'HAD de GAP.

Historique

Créée en 2009, l'HAD faisait partie initialement de la polyclinique de Gap, puis du groupement de coopération sanitaire (GCS) regroupant le Centre Hospitalier Inter Communal des Alpes du Sud (CHICAS) et la polyclinique de GAP. Ce GCS est dissout en juillet 2016. Après 6 mois d'interruption, l'HAD reprend son activité au sein du CHICAS, sur demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le service est de nouveau opérationnel le 19 décembre 2016. (22)

Secteurs géographiques

L'HAD de GAP intervient sur le territoire des Hautes-Alpes ainsi que sur le nord des Alpes de Haute Provence. (23) Deux antennes sont également situées à Sisteron et Briançon. Le territoire s'étend de La Grave à Château Arnoux en passant par Barcelonnette, Seyne les Alpes et jusqu'à Malle Fougasse (Figure 6). Le bassin de population comprend environ 170000 habitants.

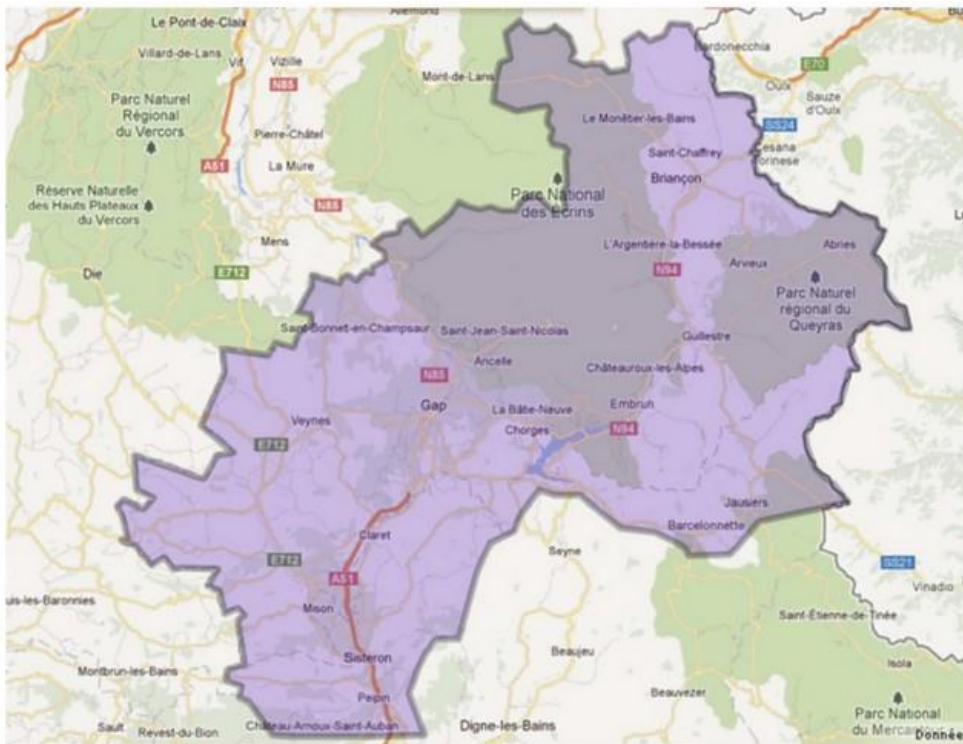


Figure 6. Territoire couvert par l'HAD de Gap. (23)

La structure

L'équipe est composée de plusieurs intervenants :

- Deux médecins coordonnateurs pour tout le territoire
- Sept IDE coordonnatrices pour le secteur de Gap et Sisteron, 4 pour le secteur de Briançon.
- Trois aides-soignantes pour Gap, 3 pour Sisteron, 3 pour Briançon.
- Une assistante sociale et une psychologue pour tout le territoire

L'HAD étant un service à part entière, les membres de l'équipe sont salariés de l'hôpital.

Les médecins coordonnateurs

Les deux médecins coordonnateurs ont entre autres pour rôle d'accepter ou non les demandes d'HAD. Ils mettent en place un projet thérapeutique en lien avec le médecin traitant et le médecin prescripteur.

Les infirmières

Les infirmières salariées de l'HAD de Gap sont des infirmières coordonnatrices. Elles sont les premières à voir le patient lorsqu'une demande d'HAD est faite à domicile ou à l'hôpital. Elles valident ou non la prise en charge du patient avec le médecin coordonnateur. Si la demande est acceptée, elles se mettent en relation avec des infirmières et des kinésithérapeutes en libéral afin de coordonner les soins du patient. Le personnel paramédical est choisi en fonction du choix du patient.

Une fois par semaine, les infirmières coordonnatrices se rendent au domicile du patient afin d'évaluer son état de santé et d'en référer au médecin traitant et au médecin coordonnateur.

Les aides-soignantes

Au nombre de trois dans chaque structure elles se rendent au domicile du patient en fonction du projet thérapeutique élaboré à l'admission.

Les astreintes

La liste d'astreinte est composée de 6 médecins : les 2 médecins coordonnateurs et 4 médecins du service de soins palliatifs. Ils peuvent être appelés tous les jours, 24 heures sur 24.

Il en est de même pour les infirmières coordonnatrices.

Le médecin traitant

Il est consulté pour toute prise de décision. C'est lui qui, en théorie, fait toutes les prescriptions. Sa rémunération est de 40 euros pour la première visite de coordination des soins. Ensuite, à chaque visite réalisée au domicile du patient, il envoie une feuille de soins à l'hôpital afin d'être payé. La cotation est la même que celle des visites à domicile avec possibilité d'indemnité kilométrique.

Les prescriptions

Les prescriptions sont réalisées par le médecin traitant. Les médicaments sont délivrés par la pharmacie de l'hôpital puis apportés au domicile du patient par les infirmières. Les examens biologiques sont analysés par le laboratoire de l'hôpital. Les résultats sont faxés au médecin traitant par le service de l'HAD et donnés au médecin coordinateur.

Evolutions et perspectives

Evolutions

Afin de faciliter la rémunération des professionnels de santé, l'HAD de Gap a mis en place un système de facturation en ligne. Celui-ci a été inauguré en juin 2018 et est accessible via le site internet de l'HAD de Gap.

Par ailleurs, l'antenne de Briançon est opérationnelle depuis juillet 2018.

Perspectives

En 2018, sur demande de l'ARS, l'HAD de Gap devrait atteindre 40 patients par jour. Le but est d'augmenter le nombre de patients pris en charge par l'HAD de Gap et ainsi de répondre à l'objectif national de 30 à 35 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants en 2018. (13) (14)

Quelques chiffres

En 2017 le rapport d'activité de l'HAD de Gap mettait en évidence :

- Un nombre de journées par mois réalisé par l'HAD compris entre 900 et 1000 journées.
- Un nombre de patients par jour pris en charge par l'HAD compris entre 30 et 35 patients.
- Une durée moyenne de séjour de 21 jours.

Le rapport d'activité de janvier à juillet 2018 souligne que 44% des demandes d'HAD provenaient du médecin traitant. Cela est donc largement supérieur à la moyenne nationale. Si ce chiffre est nettement supérieur à la moyenne nationale, les médecins généralistes restent tout de même minoritaires dans la prescription d'une hospitalisation à domicile.

Nous avons donc réalisé une étude qui a pour objectif d'obtenir un consensus auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes concernant les déterminants de leur utilisation de l'HAD. Après avoir identifié les freins à sa prescription, nous avons analysé les solutions proposées par les médecins généralistes pour une meilleure utilisation de l'HAD.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude.

Identifier les déterminants de l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes nécessitait d'analyser leurs représentations, opinions, usages vis à vis de l'HAD. Nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative.

Afin de mener à bien cette étude, nous avons utilisé la technique du groupe nominal. Les groupes nominaux nous ont permis d'obtenir un consensus des médecins généralistes concernant les déterminants de l'utilisation de l'HAD. Nous avons ainsi pu identifier, d'une part quels étaient les freins à la prescription de l'HAD, et d'autre part, quelles seraient les solutions à mettre en place pour une meilleure utilisation de cette structure.

A partir des propositions générées lors des groupes nominaux, nous avons réalisé un questionnaire. Composé de questions fermées, il permettait une analyse quantitative. Les buts de ce questionnaire étaient multiples : valider le consensus, obtenu grâce aux groupes nominaux, auprès d'un échantillon de médecins plus important, obtenir des caractéristiques démographiques et enrichir les données initiales par de nouvelles propositions.

Population étudiée.

Nous avons inclus dans cette étude des médecins généralistes exerçant dans les Hautes-Alpes. Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste libéral exerçant dans le territoire de l'HAD de Gap.

Le critère d'exclusion était de travailler dans l'HAD de Gap.

Modalité d'accès et de recrutement des participants.

Les médecins généralistes ayant participé aux groupes nominaux ont été contactés par mail. Après une présentation rapide de l'étude, il leur était proposé plusieurs dates de réunir. La date convenant au plus grand nombre de participants était retenue.

Le questionnaire a été envoyé par voie postale à l'ensemble des médecins généralistes libéraux des Hautes-Alpes. Leurs adresses ont été trouvées à partir du site « pagesjaunes.fr ». Le courrier nous est apparu comme la manière la plus agréable et efficace de participer à une thèse pour les médecins généralistes et ainsi générer, pour nous, un taux de réponse plus important.

Technique de recueil des données.

Groupes nominaux :

Le groupe nominal est l'une des quatre méthodes de consensus utilisées dans le domaine de la santé. Elle a été inventée aux Etats-Unis dans les années 1960. Elle permet d'analyser un problème, d'explorer un champ de connaissances, de faire la synthèse globale d'une question en générant et en hiérarchisant des idées, pour en arriver à un consensus (24) (25).

Deux groupes nominaux ont été réalisés. Le premier s'est déroulé le 26 juin 2018, le second le 13 juillet 2018, à Gap. Après une explication brève de la teneur de l'étude, une feuille de route a été distribuée à chaque participant (annexe 2). Celle-ci comprenait:

- Le rappel des étapes du déroulement d'un groupe nominal
- Des renseignements démographiques : l'âge, le sexe et le mode d'exercice.
- Les deux questions principales de notre étude : Quels sont les freins à l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes ?

Quels sont les leviers qui les amèneraient à orienter davantage de patients vers cette filière ?

Concernant les deux questions principales, les participants y ont répondu successivement selon le protocole précis du groupe nominal :

1. Génération individuelle des idées en silence pendant 10 minutes.
2. Expression des idées : chaque participant a communiqué à tour de rôle la première réponse inscrite sur sa feuille de route. Si celle-ci était déjà citée, il donnait la suivante. Chaque idée était notée sur un tableau à la vue de tous. Plusieurs tours de table ont été nécessaires pour épuiser les réponses. Toute critique et commentaire ont été évités durant cette étape.
3. Clarification : chaque idée a été précisément définie par le groupe, pour que chacun y attribue le même sens.
4. Cotation et hiérarchisation : l'objectif était de retenir un nombre préalablement défini d'énoncés. Dans notre travail, nous avons fixé cette limite à 5. Chaque participant a ainsi attribué cinq points à l'énoncé jugé le plus important des cinq et un point au moins important. Les énoncés qui ont reçu le plus grand nombre de points constituaient les priorités du groupe.

Les cinq idées principales de chaque groupe nominal étaient ensuite utilisées pour la réalisation du questionnaire.

Le questionnaire :

Ce mode de recueil présentait l'avantage de pouvoir interroger un panel de médecins plus important afin d'être plus représentatif de la population des médecins généralistes. Par ailleurs, l'utilisation de questions à réponses fermées facilitait l'analyse et l'interprétation des résultats.

Une enveloppe, a été envoyée à tous les médecins généralistes des Hautes-Alpes. Elle contenait le questionnaire (annexe 4), une brève présentation de l'étude (annexe 3), et une seconde enveloppe timbrée à mon adresse personnelle afin de faciliter le renvoi des réponses.

Une relance des médecins généralistes a été faite par téléphone deux semaines après l'envoi des questionnaires.

Le questionnaire était composé de trois parties (annexe 4) :

- La première visait à recueillir les caractéristiques de la population : âge, sexe, mode d'exercice.
- La deuxième comprenait les deux questions principales de notre étude : Quels sont les freins à l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes ? Quelles sont selon vous les solutions qui pourraient faciliter la mise en place de l'HAD ?
Les réponses proposées étaient celles ayant récolté le plus de votes lors des groupes nominaux. Cela constituait donc un questionnaire à choix multiples, auquel plusieurs réponses étaient autorisées.
- Enfin, la dernière partie était une question ouverte visant à enrichir l'étude de nouvelles propositions non présentes dans le questionnaire.

Analyse des données.

Groupes nominaux :

Les données récoltées lors des groupes nominaux ont été retranscrites par étapes. Tout d'abord, nous avons répertorié dans un tableau les données démographiques des participants. Ensuite, nous avons trié et hiérarchisé les réponses aux deux questions principales de recherche.

Les réponses des médecins ont été divisées en 3 groupes :

- Les cinq réponses ayant récolté le plus de points de vote.
- Les réponses ayant reçu des points de vote mais ne faisant pas partie des cinq premières.
- Les réponses n'ayant pas de point de vote.

A partir de ce classement nous avons réalisé le questionnaire.

Questionnaire :

L'analyse du questionnaire a été réalisée en plusieurs temps. Tout d'abord nous avons comptabilisé le nombre de réponses au questionnaire. Puis, nous avons récolté les critères démographiques des participants. Ensuite, nous avons analysé les réponses des participants à nos deux questions principales de recherche. Les questions étant fermées, nous avons ainsi pu enrichir notre étude d'une analyse quantitative afin de valider le consensus obtenu lors des groupes nominaux. Enfin, nous avons étudié les réponses personnelles des médecins, faisant ainsi émerger de nouvelles propositions.

Méthodologie de la bibliographie

Une recherche bibliographique a été réalisée pour décrire le rôle et les enjeux de l'HAD dans le contexte actuel, poser la problématique initiale, approfondir la méthodologie du groupe nominal et la réalisation du questionnaire, et discuter des résultats face aux données de la littérature.

Les recherches ont été majoritairement faites via le site internet de la bibliothèque universitaire, sur la base de données PubMed. D'autres données sont issues des sites internet des grandes organisations et sociétés savantes : HAS, IRDES, ANAP, DGOS, FNEHAD.

Il n'y a aucun conflit d'intérêt à déclarer. Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

RESULTATS

LES GROUPES NOMINAUX

Caractéristiques démographiques

Deux groupes nominaux ont été réalisés. Les échantillons étudiés comprenaient respectivement un groupe de huit et un groupe de cinq médecins généralistes haut-alpins. Les caractéristiques démographiques de chaque groupe sont détaillées dans les Tableau 1 et 2.

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
P1	Femme	58	Urbain	Seule
P2	Femme	32	Urbain	Cabinet de groupe
P3	Femme	31	Urbain	Cabinet de groupe
P4	Femme	29	Semi-rural	Cabinet de groupe
P5	Femme	32	Semi-rural	Cabinet de groupe
P6	Homme	60	Semi-rural	Cabinet de groupe
P7	Homme	57	Semi-rural	Cabinet de groupe
P8	Homme	30	Urbain	Cabinet de groupe

Tableau 1 : caractéristiques démographiques du premier groupe nominal

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice
P1	Femme	53	Semi-rural	Cabinet de groupe
P2	Femme	31	Semi-rural	Cabinet de groupe
P3	Femme	33	Semi-rural	Cabinet de groupe
P4	Homme	32	Semi-rural	Cabinet de groupe
P5	Homme	29	Semi-rural	Cabinet de groupe

Tableau 2 : caractéristiques démographiques du second groupe nominal

Principaux résultats

Les séances ont duré environ deux heures.

Les groupes nominaux ont généré des réponses hiérarchisées répondant à notre question de recherche. Il est à noter que les réponses données ont été sensiblement les mêmes lors des deux groupes nominaux. La différence majeure était la hiérarchisation des réponses.

La méthode du groupe nominal a permis d'identifier 25 freins pour le premier groupe et 11 pour le second. Concernant les solutions, 8 propositions ont été développées par le premier groupe nominal, 5 par le second.

QUELS SONT LES FREINS A L'UTILISATION DE L'HAD ?

Premier groupe nominal

A cette question, le premier groupe nominal a proposé 25 réponses. Parmi celles-ci, 11 ont reçu des points de vote.

1. La difficulté du médecin traitant à trouver sa place au sein de l'équipe de l'HAD (17 points)
2. Le manque de communication entre les différents intervenants (14 points)
3. Le manque de transparence dans la rémunération (13 points)
4. Le désinvestissement auprès du patient (12 points)
5. Le risque d'irrégularité du suivi, du fait de la redondance possible de prescriptions (11 points)
6. La légitimité du médecin traitant (7 points)
7. La difficulté de travailler avec un autre regard médical (4 points)
8. La valorisation du travail des IDE libérales (4 points)

9. De mauvaises indications de l'HAD (4 points)
10. L'hospitalo-centrisme (2 points)
11. La méconnaissance du travail libéral par l'HAD (1point)
12. Le confort de l'entourage : anxiété générée par la prise en charge à domicile.
13. Les difficultés de cotation des actes
14. La multiplicité des intervenants médicaux : une possible perte de chance pour le patient.
15. L'absence de bénéfice de l'HAD : les médecins généralistes ont déjà leurs réseaux de personnels soignants.
16. Ce n'est pas une habitude ni un réflexe d'y faire appel.
17. La fermeture temporaire de l'HAD de Gap en 2016 : méconnaissance de la réouverture et peur d'une récurrence avec rupture de la prise en charge du patient.
18. La peur d'un remplacement du personnel soignant connu.
19. Une surveillance non optimale du patient : seul au domicile, le patient est moins étroitement surveillé qu'à l'hôpital.
20. La difficulté à travailler avec un autre regard paramédical.
21. La latence dans les modifications des traitements.
22. Les difficultés d'accès aux examens complémentaires.
23. L'intrusion dans l'environnement familial, perturbation de l'intimité du patient et de sa famille.
24. L'utilisation de médicaments différents entre médecine libérale et hospitalière.
25. L'isolement géographique pouvant rendre le suivi difficile.

Deuxième groupe nominal

Concernant les freins, le deuxième groupe nominal a permis de générer 11 idées, parmi lesquelles 8 ont obtenu des points de votes :

1. La méconnaissance des différents interlocuteurs de l'équipe d'HAD (14 points)
2. Le manque de coordination entre les différents intervenants (12 points)
3. La méconnaissance des indications de l'HAD (5 points)
4. Les difficultés logistiques : des délais de délivrance trop longs (5 points).
5. Le long délai d'intervention de l'HAD en cas d'éloignement géographique (5 points)
6. La réticence envers le personnel paramédical connu (2 points)
7. La peur du médecin traitant de « perdre le contrôle » sur la prise en charge de son patient (2 points)
8. L'HAD surtout utile en post hospitalisation (1 point)
9. Ce n'est pas un réflexe d'y penser
10. Intrusion dans le domaine familial : réticence des patients à la venue d'une équipe hospitalière dans leur maison.
11. Le manque de réactivité : l'obtention des examens complémentaires est plus rapide à l'hôpital qu'en HAD.

Synthèse et développement

Au total, parmi toutes ces réponses, un consensus a été obtenu sur les propositions suivantes.

Les freins à l'utilisation de l'HAD dans le premier groupe nominal.

La difficulté du médecin traitant à trouver sa place au sein de l'équipe de l'HAD.

Les participants ont souligné le fait qu'il était difficile de se sentir intégré dans l'équipe de l'HAD, notamment en tant que coordonnateur des soins. La présence de deux médecins (médecin coordonnateur et médecin traitant) pour suivre un même patient est difficile à gérer. De plus, ne pas connaître l'équipe de l'HAD est un handicap majeur. Prendre en charge un patient avec des collègues qu'ils ne connaissent pas est un frein certain. Ce lien de confiance inexistant n'encourage pas les médecins à faire appel à l'HAD.

Le manque de communication entre les différents intervenants.

Les médecins généralistes ont le sentiment de ne pas avoir connaissance de toutes les informations concernant les soins réalisés pour leur patient, le ressenti des soignants, faute d'échanges entre les membres de l'équipe d'HAD et eux-mêmes. Il y a peu de lien direct, alors qu'avec leur réseau habituel, la communication est permanente. Ce manque de communication est un frein à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes.

Le manque de transparence dans la rémunération : une comptabilité compliquée.

Les médecins généralistes ont souligné le délai trop long de paiement. De plus, pour certains, l'origine de la rémunération est inconnue ou mal comprise. Ces facteurs rendent leur comptabilité plus difficile à réaliser.

Enfin, la question de la cotation a été soulevée. Quelle cotation doivent-ils utiliser lors de la prise en charge d'un patient en HAD ? L'absence de cotation « visite HAD » leur pose problème puisque cela n'apparaît ainsi pas clairement dans leur comptabilité. Pour l'instant, les médecins cotent, lors d'une prise en charge en HAD, comme une visite à domicile.

Ces interrogations et craintes ne les engagent pas à utiliser l'HAD.

Arrêt du colloque singulier : un risque de désinvestissement auprès du patient.

Le doublon médical pourrait être à l'origine d'un désinvestissement du médecin traitant, celui-ci n'ayant plus cette relation singulière avec le patient pris en charge en HAD. Il pourrait ainsi s'en détacher humainement et médicalement.

Cela rejoint un autre argument évoqué : la difficulté d'être confronté à un autre regard médical. Les participants ont ainsi souligné par cette proposition la peur d'être jugés dans leur pratique. L'ajout d'un troisième acteur perturberait ainsi la relation particulière médecin-malade et cela constitue un frein à l'utilisation de l'HAD.

Le risque d'irrégularité du suivi, du fait de la redondance possible de prescriptions.

Parmi les participants, certains ont affirmé craindre de ne pas être au courant des résultats d'examens non prescrits par eux-mêmes, et ainsi de passer à côté de diagnostics potentiellement graves.

Le corollaire de cette crainte était la question de la responsabilité dans la prise en charge du patient en HAD. Le flou autour de cette question n'encourage pas les médecins généralistes libéraux à utiliser l'HAD.

Les freins à l'utilisation de l'HAD dans le second groupe nominal.

Les principaux freins retenus lors du second groupe nominal étaient les suivants.

La méconnaissance des différents interlocuteurs de l'équipe d'HAD.

Les médecins ont souligné l'importance de la relation de confiance qu'ils ont avec les paramédicaux avec qui ils travaillent habituellement. Cette relation existerait peu entre les membres de l'HAD et les médecins généralistes. Ainsi, les médecins font peu appel à l'HAD.

Le manque de coordination entre les différents intervenants.

Comme évoqué dans le premier groupe nominal, il est reproché à l'HAD le peu de moyens de communication mis en œuvre afin d'échanger à propos du patient. Notamment, les médecins généralistes seraient demandeurs de visites médicales communes au lit du patient, afin d'échanger directement.

La méconnaissance des indications de l'HAD.

Les indications de prise en charge par l'HAD sont peu connues par les médecins généralistes. Par conséquent, y avoir recours n'est pas un réflexe.

Les difficultés logistiques.

La situation de difficulté logistique la plus relevée par les médecins généralistes était celle de la délivrance des médicaments. Entre pharmacie hospitalière, avec des délais parfois longs, et pharmacie de proximité, reléguée au second plan et ne pouvant délivrer tous les médicaments prescrits, le médecin généraliste pourrait se sentir démuné. Ceci constitue un frein à l'utilisation de l'HAD.

Le long délai d'intervention de l'HAD en cas d'éloignement géographique.

Lorsque le patient vit dans un endroit reculé géographiquement, il serait plus difficile d'intervenir auprès du patient pour les membres de l'équipe de l'HAD. Cela allongerait ainsi le délai de prise en charge et inciterait donc les médecins généralistes à s'organiser avec leurs propres réseaux.

Après avoir identifié et analysé les freins à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes, voyons les solutions qu'ils proposent pour l'optimiser.

QUELLES SONT LES SOLUTIONS A METTRE EN PLACE POUR FACILITER LA PRESCRIPTION DE L'HAD ?

Premier groupe nominal

A la question « quelles seraient les solutions à mettre en place ? », le premier groupe nominal a proposé 8 solutions. Toutes ont reçu des points de vote.

1. L'amélioration de la communication entre le médecin traitant et le médecin coordinateur de l'HAD (18 points).
2. La création d'une cotation uniquement pour l'HAD (18 points).
3. La clarification de la médicale (11 points).
4. Les prescriptions sur ordonnances devraient être réalisées uniquement par le médecin traitant (10 points).
5. Revoir les indications d'une hospitalisation à domicile (10 points).
6. Réaliser des plaquettes explicatives sur le fonctionnement de l'HAD de Gap (7 points).
7. Mettre en place un système qui permettrait de récapituler les paiements par l'HAD, afin de faciliter la comptabilité (6 points).
8. Améliorer la réactivité de l'équipe HAD lors des changements de traitements ou de matériel (3 points).

Deuxième groupe nominal

A cette même question, le second groupe nominal a, lui, proposé 5 réponses. De même, elles ont toutes reçu des points de vote.

1. Améliorer la communication entre le médecin traitant et le médecin coordinateur de l'HAD (13 points).
2. Améliorer la communication entre tous les intervenants (13 points).
3. Améliorer le site internet de l'HAD pour une meilleure information sur l'équipe de l'HAD (10 points).
4. Mettre en place des canaux partagés entre les différents intervenants (8 points).
5. Réaliser des plaquettes explicatives sur l'HAD à distribuer aux médecins et paramédicaux (3 points).

Synthèse et développement

Parmi toutes ces réponses un consensus a été obtenu pour les propositions suivantes.

Les solutions pour une meilleure utilisation de l'HAD, proposées par le premier groupe.

L'amélioration de la communication entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'HAD.

Les médecins généralistes soulignent le nécessité d'une rencontre initiale avec le médecin coordonnateur, afin de planifier la prise en charge du patient, puis de se tenir informer régulièrement par mail, téléphone ou via la création d'un réseau connecté. Etre en lien régulièrement avec le médecin coordonnateur permet de développer une relation de confiance et ainsi être plus enclin à utiliser l'HAD.

La création d'une cotation uniquement pour l'HAD.

Une « cotation HAD » permettrait aux médecins généralistes d'identifier plus simplement leurs visites médicales dans ce cadre. Cela faciliterait ainsi leur comptabilité. La rémunération étant moins opaque, les médecins traitants seraient plus disposés à faire appel à l'HAD.

La transparence médicale.

Pour les médecins généralistes, la responsabilité médicale n'est pas claire entre les différents intervenants (médecins hospitaliers, médecin coordonnateur, médecin traitant). Une clarification de la responsabilité médicale leur semble nécessaire.

Le médecin traitant comme seul prescripteur.

Les médecins généralistes souhaitent être les seuls prescripteurs, afin d'éviter les risques de redondance de prescriptions ou de bilans biologiques non vus par eux-mêmes mais uniquement par le médecin coordonnateur. Le suivi du patient serait ainsi optimisé et les médecins traitants rassurés.

Une définition plus précise du champ d'action de l'HAD.

De ce premier groupe nominal est ressorti que les indications d'HAD étaient nombreuses et peu connues des médecins libéraux. Quelques-uns allaient même jusqu'à affirmer que certains soins seraient prescrits en excès afin de maintenir un patient en HAD. Ainsi une définition plus précise du champ d'action de l'HAD permettrait de faciliter son emploi par les médecins généralistes.

Les solutions pour une meilleure utilisation de l'HAD, proposées par le second groupe.

Les principales solutions évoquées par le second groupe étaient les suivantes.

Une meilleure communication entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'HAD.

La communication est au cœur de la problématique de la prise en charge du patient en HAD. Ce point a été notamment déjà soulevé lors du premier groupe nominal. Les médecins généralistes ont souligné l'importance d'une relation de confiance entre confrères permettant de travailler sereinement.

Une communication plus efficace entre tous les intervenants.

Si la communication entre médecin généraliste et médecin coordonnateur est primordiale, la communication entre tous les intervenants dans la prise en charge du patient est tout aussi importante. Actuellement les transmissions se font via un classeur rempli par les différents intervenants. Les médecins libéraux réclament, d'une part, davantage de relation humaine (visites communes, réunions), mais également un système de transmission informatisé permettant l'intégration des données dans le dossier médical du patient.

L'amélioration du site internet de l'HAD, pour une meilleure information à propos de l'équipe.

Les médecins généralistes sont demandeurs d'une modernisation du site internet de l'HAD, afin notamment qu'il permette une première prise de contact avec l'équipe. En particulier les médecins généralistes souhaiteraient obtenir facilement des informations lisibles concernant le fonctionnement de la structure, les indications de l'HAD ou encore une présentation de l'équipe accompagnée d'un trombinoscope

afin de rendre le service et ses membres moins anonymes. La structure HAD apparaîtrait ainsi plus accessible et moins opaque.

La coordination des soins améliorée par un canal partagé entre les différents intervenants.

Cela a déjà été abordé précédemment mais les participants sont revenus sur cette thématique à travers plusieurs arguments. Un canal partagé et informatisé permettrait, de manière simple, rapide et sans avoir à se déplacer, une meilleure coordination des soins, une meilleure interaction entre les membres de l'équipe et ainsi une meilleure prise en charge du patient. L'organisation facile et rapide serait un argument de plus pour utiliser l'HAD.

Des plaquettes explicatives sur l'HAD à distribuer aux professionnels de santé.

Diffuser une plaquette claire, synthétique, transportable dans une mallette, distribuée à tous les médecins généralistes et professionnels para médicaux permettrait d'inciter à prescrire l'HAD plus facilement.

Nous avons donc vu quels étaient les freins et solutions pour une plus ample utilisation de l'HAD par les médecins généralistes. A partir de ces propositions issues des groupes nominaux nous avons réalisé un questionnaire diffusé à l'ensemble des médecins généralistes libéraux des Hautes-Alpes.

LE QUESTIONNAIRE

Au total, sur les 130 questionnaires envoyés aux médecins généralistes des Hautes-Alpes, nous en avons reçu 61. Le taux de réponse est donc de 47%.

Caractéristiques démographiques

La première partie du questionnaire visait à recueillir les caractéristiques de la population : l'âge, le sexe le mode et le lieu d'exercice.

La répartition femmes/hommes est quasiment équivalente, en effet, 48% de femmes ont répondu au questionnaire contre 52% d'hommes (Figure 7).

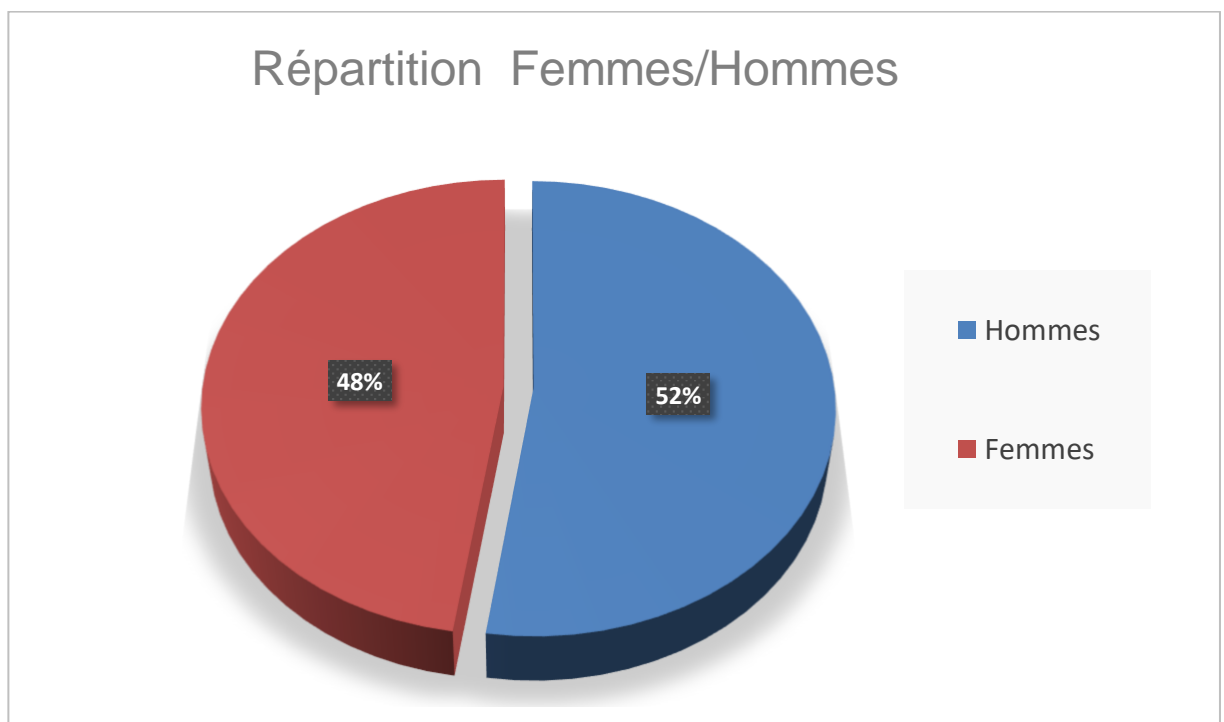


Figure 7 : Répartition femmes/hommes des médecins ayant répondu au questionnaire.

L'âge moyen était de 46 ans. La plupart des participants avaient un âge compris entre 30 et 40 ans, ou entre 50 et 65 ans (Figure 8).

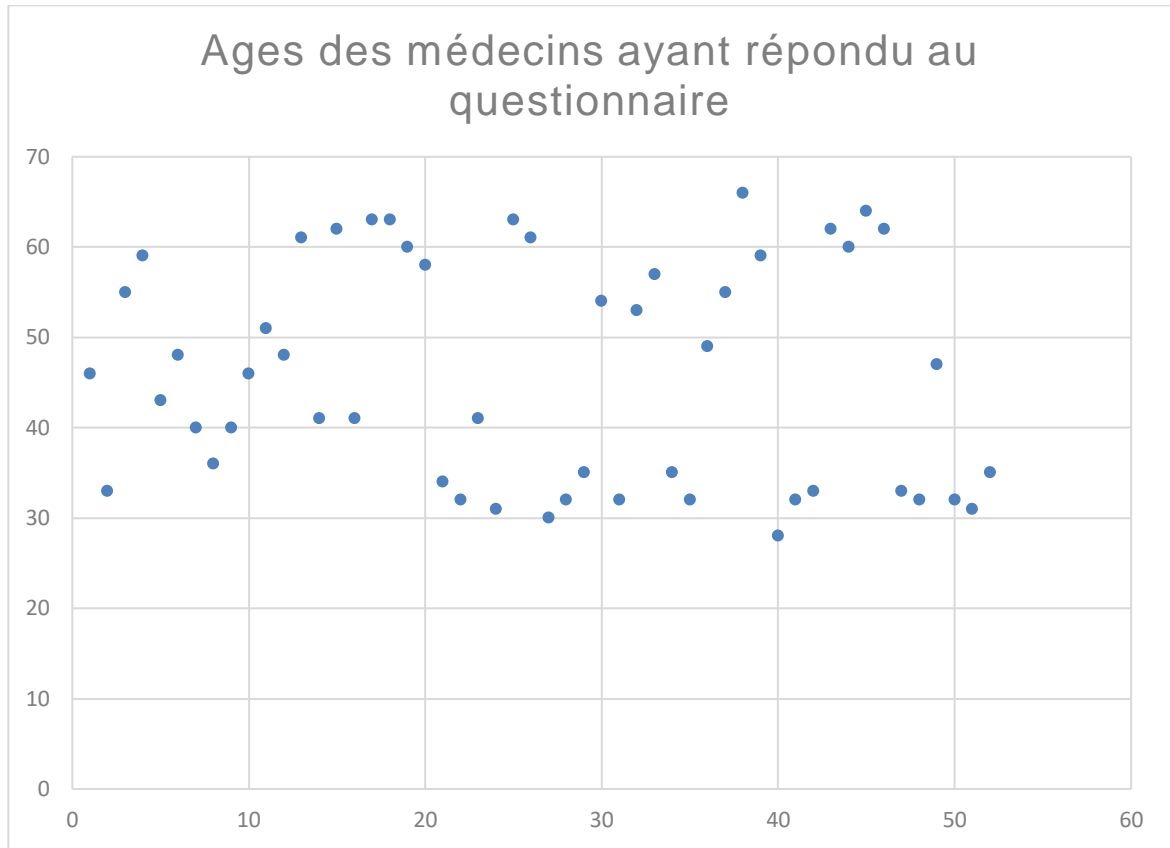


Figure 8 : Ages des médecins ayant répondu au questionnaire.

Le mode d'exercice des participants au questionnaire, est majoritairement en groupe. En effet 75% des médecins exerçaient dans des cabinets de groupe, contre 17% seuls. Huit pour cent des médecins n'ont pas répondu à cette question (Figure 9).

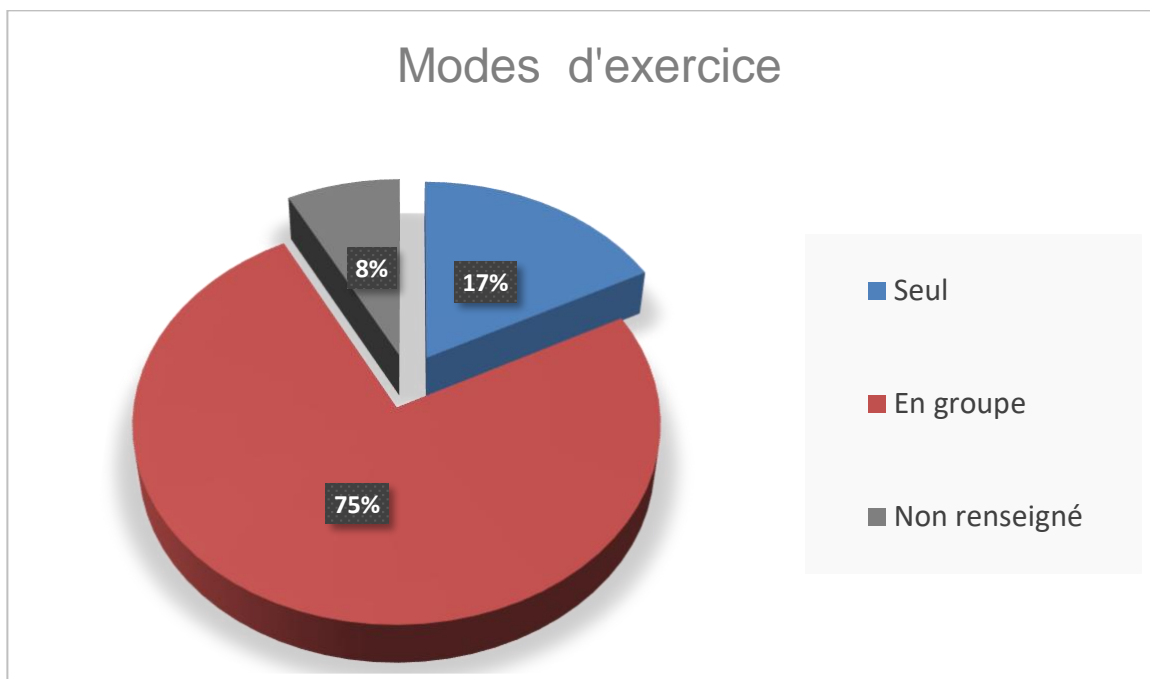


Figure 9 : Modes d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire.

Sur les 61 médecins ayant répondu au questionnaire, 35% travaillaient en zone rurale, 21% en zone semi rurale et 19% en zone urbaine. Vingt-cinq pour cent n'ont pas répondu à cette question (Figure 10).

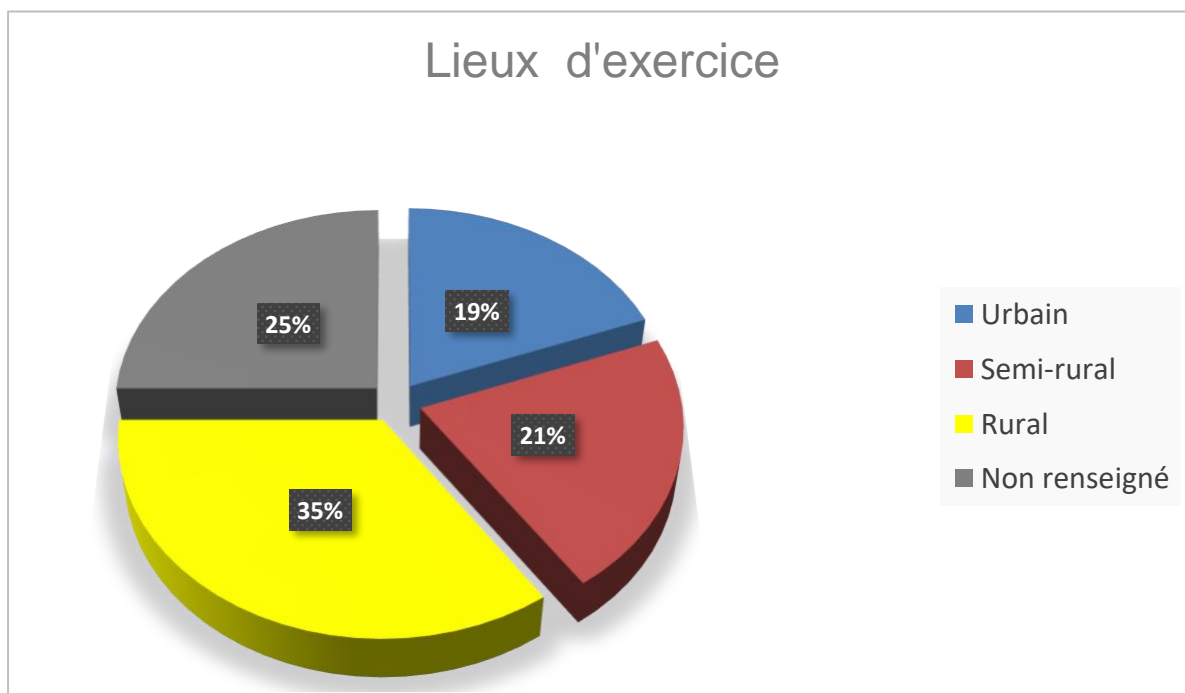


Figure 10 : Secteurs d'activité des médecins ayant répondu au questionnaire.

Principaux résultats

La deuxième partie comprenait les deux questions principales de notre étude.

Premièrement, nous avons pu constater qu'une grande majorité des médecins généralistes ayant répondu (82,7%) avaient déjà prescrit l'HAD au moins une fois (Figure 11). Cela témoignait donc d'une certaine expérience dans ce domaine.

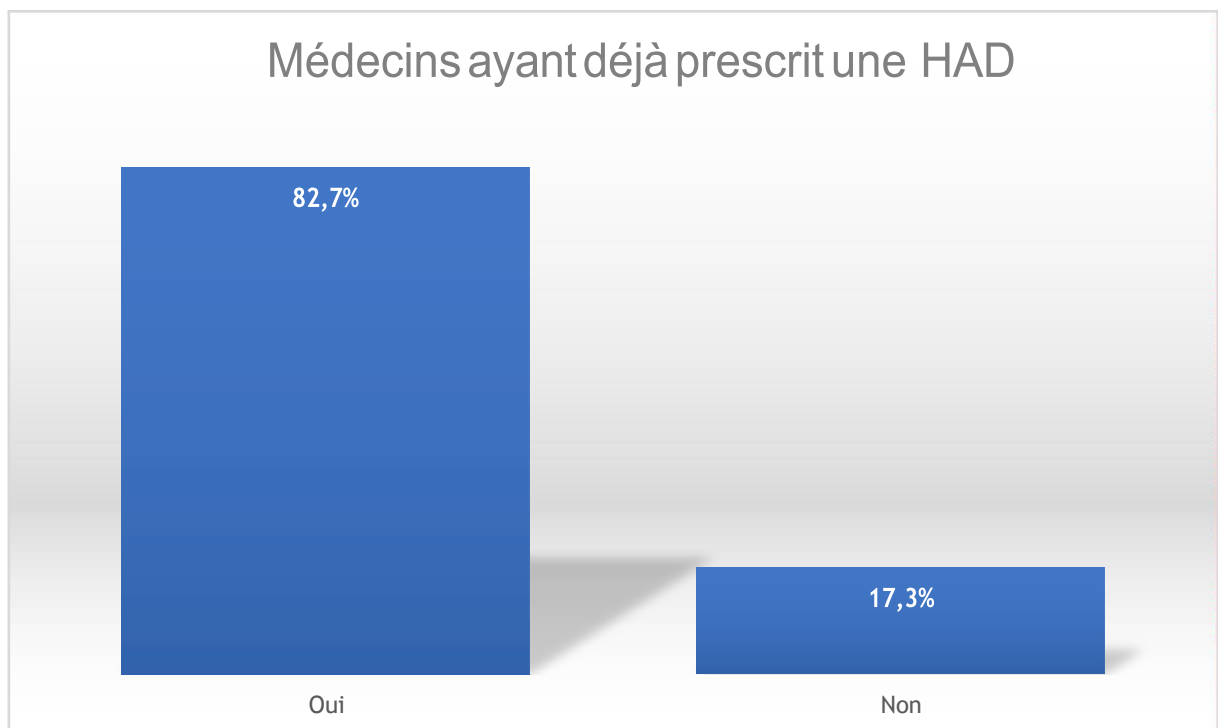


Figure 11 : Médecins ayant déjà prescrit une HAD.

Les freins à l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes.

D'un point de vue quantitatif, la méconnaissance de l'HAD était le frein le plus important. En effet, la moitié des médecins estimaient ne pas assez connaître le fonctionnement, les indications et les intervenants de l'HAD. Les participants évoquaient ensuite le manque de transparence dans la rémunération (38,5%), le risque d'irrégularité du suivi du patient (38,5%), la difficulté à trouver sa place en tant que médecin traitant (34,6%), et le manque de communication entre les différents intervenants (30,8%). Enfin, les difficultés logistiques et le long délai d'intervention en cas d'éloignement géographique ont obtenu respectivement 17,3% et 7,7% des votes.

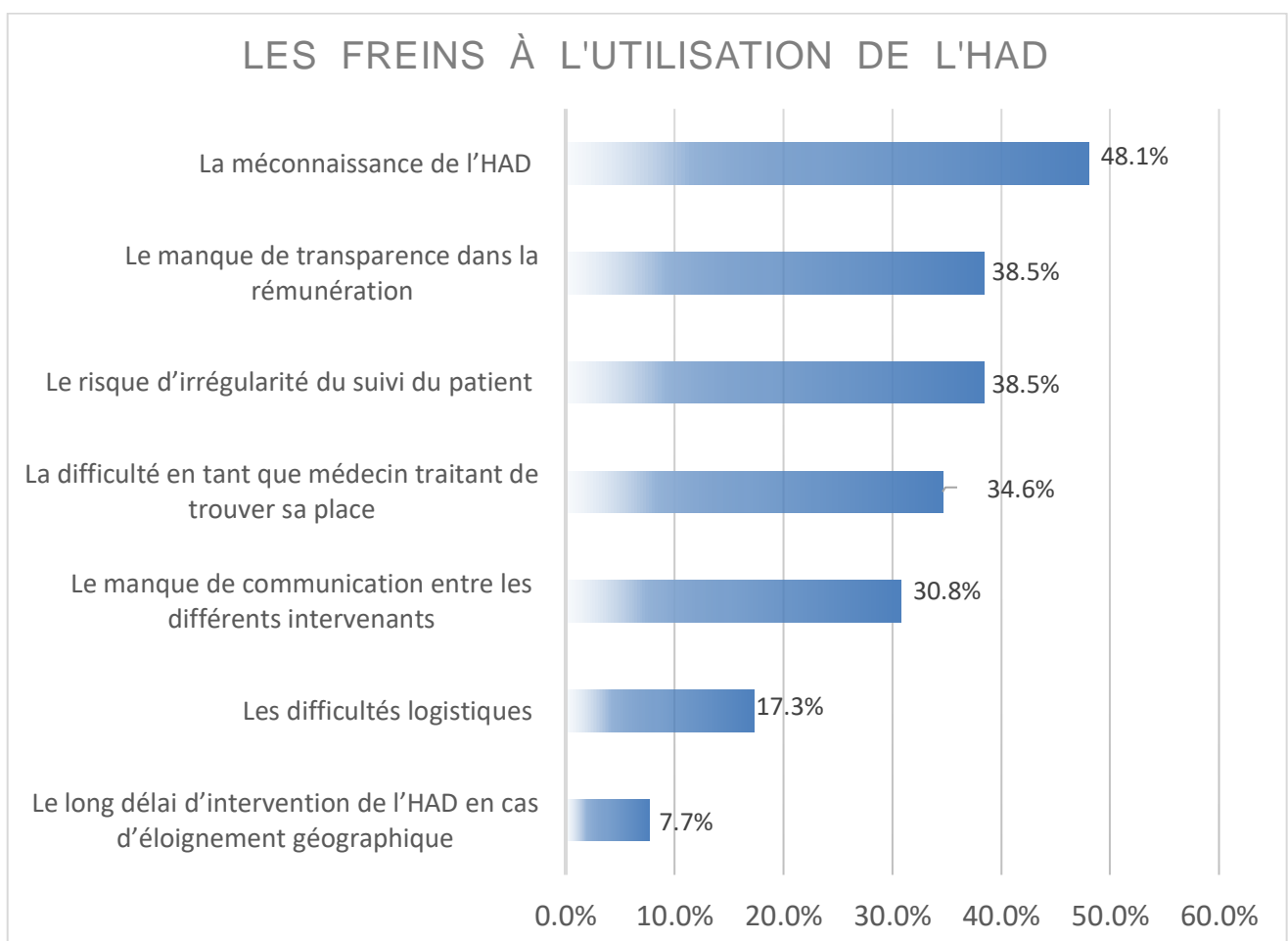


Figure 12 : Les principaux freins à l'utilisation de l'HAD.

Les solutions qui pourraient faciliter la mise en place de l'HAD.

La communication était la principale préoccupation des médecins. En effet, plus de 90% d'entre eux ont souligné l'importance d'une amélioration de la communication entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, mais également avec toute l'équipe de l'HAD (Figure 14).

Parmi les moyens de communication, le téléphone et un classeur laissé à domicile seraient les plus appréciés des médecins pour effectuer les transmissions. Les échanges par mail étaient aussi globalement appréciés (44,2%). Plus d'un quart des médecins souhaitaient l'organisation de visites médicales communes auprès du malade. En revanche, le développement de canaux informatisés n'était plébiscité que par 19,2% des participants. Cet argument était donc moins valorisé dans le questionnaire que dans les groupes nominaux. Enfin, seulement 5,8% des médecins étaient favorables à des réunions communes.

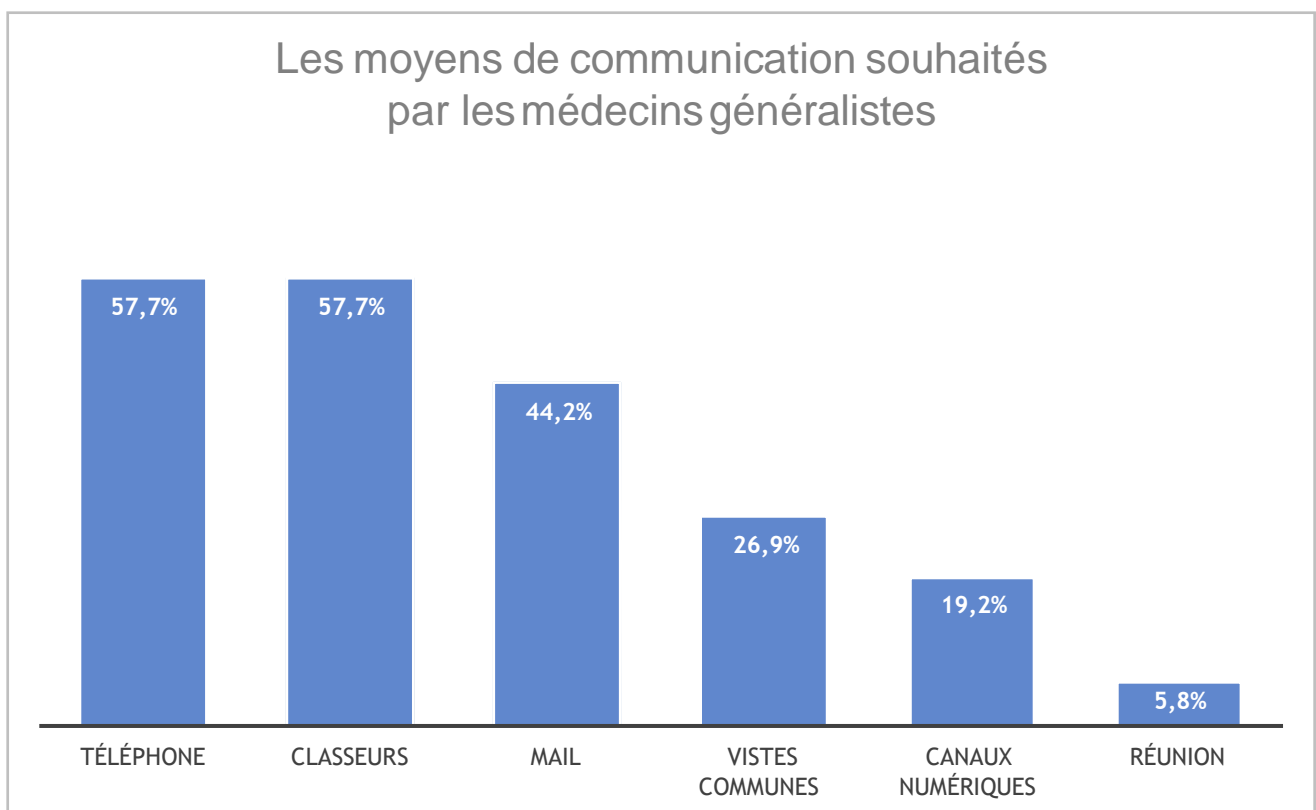


Figure 13 : Les moyens de communication souhaités par les médecins généralistes.

Après la communication, l'autre demande forte était la création d'une nouvelle cotation spécifique de l'HAD. La moitié des médecins généralistes a approuvé cette proposition. Ensuite, près d'un quart d'entre eux soulignaient la nécessité d'une amélioration du site internet de l'HAD, et le besoin d'une clarification de la responsabilité médicale. Enfin, 19,2% souhaitaient que le médecin traitant soit le seul médecin prescripteur (Figure 14).

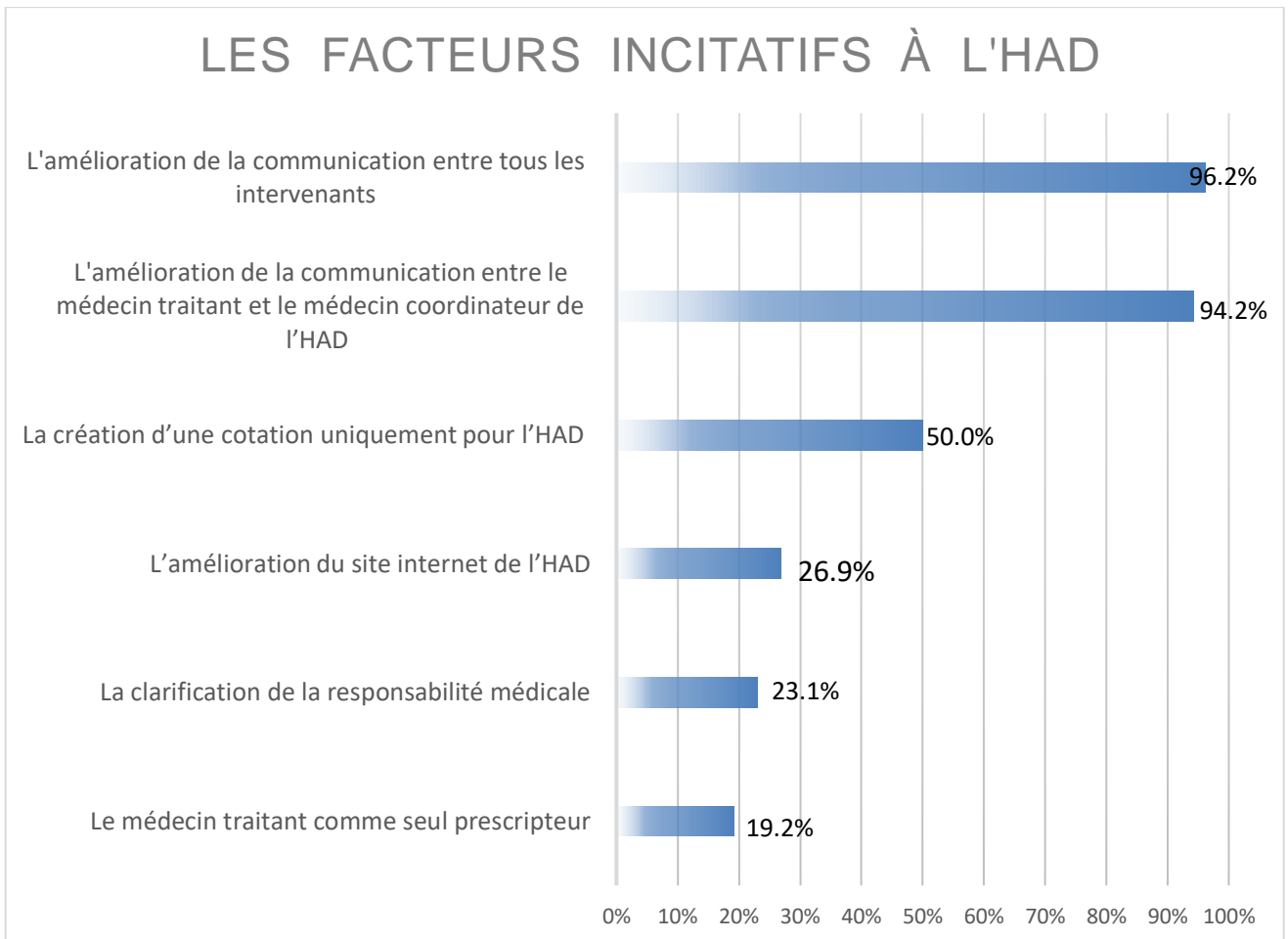


Figure 14 : Les facteurs incitatifs à l'utilisation de l'HAD.

Nouvelles propositions

Enfin, la dernière partie était une question ouverte visant à enrichir l'étude de nouvelles propositions non présentes dans le questionnaire.

Globalement, très peu de réponses personnelles ont été notées. Les notes manuscrites étayaient les réponses déjà proposées dans le questionnaire à choix multiple, n'apportant pas de nouveaux arguments. Cela signifie que les propositions générées par les groupes nominaux étaient pertinentes pour les médecins ayant répondu au questionnaire. En ce sens, le questionnaire nous a permis de valider les déterminants issus des groupes nominaux, augmentant la puissance de notre étude.

Une participante a tout de même proposé un nouveau déterminant à l'utilisation de l'HAD. Pour elle, la nécessité d'envoyer systématiquement par mail les ordonnances à l'HAD était un frein majeur, non cité dans les groupes nominaux. Cet argument rejoint l'idée de simplification globale des échanges avec l'HAD, que ce soit dans la communication, le paiement ou les prescriptions.

DISCUSSION

L'hospitalisation à domicile reste une prise en charge peu utilisée par les médecins généralistes qui sont globalement sceptiques quant à son organisation et son intérêt. Néanmoins, ils reconnaissent que des améliorations pourraient les inciter à l'utiliser davantage.

L'objectif de ce travail était d'identifier les freins à la prescription de l'HAD en médecine générale libérale ainsi que les solutions afin de faciliter son utilisation.

Notre étude, qualitative et quantitative, associait la méthodologie des groupes nominaux et du questionnaire. Elle nous a permis de mettre en évidence le fait que les principaux freins à la prescription de l'HAD étaient en premier lieu la méconnaissance de ce service et la difficulté du médecin généraliste à trouver sa place au sein de l'équipe d'HAD. Les autres facteurs limitants étaient le manque de communication entre les intervenants, l'irrégularité du suivi et le manque de transparence dans la rémunération des médecins.

En miroir des freins, nous avons pu identifier quels étaient les facteurs incitatifs à l'utilisation de l'HAD. Tout d'abord, les médecins généralistes réclamaient une amélioration de la communication avec l'équipe d'HAD : un classeur de transmission à domicile, des échanges téléphoniques et par mail, des visites médicales communes, un système de transmission informatisé permettant l'intégration des données dans le dossier médical du patient, une modernisation du site internet ou encore la diffusion de plaquettes explicatives. Ils souhaitaient également une définition plus précise du champ d'action de l'HAD, ainsi que des clarifications concernant la responsabilité médicale. En tant que médecins traitants, ils souhaitaient avoir la certitude d'être les seuls prescripteurs lors d'une prise en charge en HAD. Enfin, ils sont demandeurs d'une nouvelle cotation spécifique à l'HAD, afin de simplifier leur comptabilité.

FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

Une étude qualitative : un choix adapté pour la compréhension d'arguments subjectifs

Nous avons réalisé une étude qualitative pour identifier les freins à la prescription de l'HAD par les médecins généralistes et les solutions pour faciliter son utilisation. Elle nécessitait d'analyser leurs représentations, opinions et croyances, vis à vis de ce service. L'approche qualitative était donc particulièrement adaptée à l'étude de ces phénomènes subjectifs et complexes, non mesurables de manière quantitative.

Les médecins généralistes comme population cible : un choix cohérent par leur rôle central dans l'HAD.

S'intéresser à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes était cohérent puisqu'ils sont à l'origine, de seulement 35% des prescriptions d'HAD alors qu'ils sont les premiers à être consultés par leurs patients. Comme médecins traitants, ils ont un rôle de coordinateur de soins. Ainsi, ils sont au cœur du suivi du patient et du bon déroulement de l'HAD. Choisir les médecins généralistes comme population cible et comprendre pourquoi ils utilisent peu l'HAD était donc pertinent.

Mode de recrutement : une méthode adaptée marquée par un biais de sélection

Le recrutement des participants pour les groupes nominaux s'est effectuée par mail. Les adresses ont été obtenues à partir de réseaux de médecins généralistes connus (stage chez le praticien, groupe de pairs, rencontres lors de séminaires...). C'était une manière simple et rapide de coordonner un certain nombre de médecins autour d'une date. Mais il a été tout de même difficile de rassembler les praticiens

pour discuter de l'HAD. On peut supposer que ceux ayant accepté de participer aux groupes nominaux avaient déjà un certain intérêt pour cette structure. Cela constitue donc un biais de sélection.

Cependant ce biais a été limité par la réalisation du questionnaire. D'une part, sa large diffusion augmentait la représentativité des résultats. D'autre part, les suggestions ouvertes en fin de questionnaire permettaient d'apporter de nouveaux éléments de réponse.

Les adresses postales, afin d'envoyer le questionnaire, ont été répertoriées sur le site des pages jaunes. Il faut noter que ce mode de recrutement induit également un biais de sélection, puisque tous les praticiens ne sont pas référencés dans le site « pagesjaunes.fr ».

Le groupe nominal : un mode de recueil adapté dont l'efficacité a pu être modérée par le manque d'expérience du coordonnateur.

Plusieurs thèses ont été réalisées sur le thème de l'HAD. Toutes celles retenues lors de notre recherche bibliographique utilisaient le questionnaire ou les entretiens semi-dirigés comme mode de recrutement des données. L'apport des groupes nominaux dans notre méthodologie enrichit l'analyse.

En plaçant les participants au cœur de la démarche, les groupes nominaux constituaient un puissant mode de recueil des données. L'étude cherchant à analyser des expériences et représentations personnelles, cette technique de recueil, fondée sur des questions ouvertes, était particulièrement adaptée à la genèse d'arguments nouveaux et à un consensus.

La méthode DELPHI aurait également été appropriée, mais il semblait que l'expression libre aurait été moindre en réunissant les médecins généralistes et ceux de l'HAD. Le groupe nominal, lui, avait une puissante force d'analyse.

Les deux groupes nominaux ont été réalisés par le même coordonnateur, ce qui offrait une bonne homogénéité à l'étude. Mais la principale faiblesse résidait dans son manque d'expérience. En effet, certaines relances et remarques ont pu être inductives ou interprétatives de manière involontaire et certaines questions ont été fermées malgré tout. Le participant a donc pu être parfois influencé dans ses réponses et cela constitue un biais d'investigation.

Les groupes nominaux : une méthodologie adaptée, mais qui présente certaines limites.

Réunir plusieurs médecins généralistes au même moment était complexe, en raison d'emplois du temps très chargés. La densité médicale étant également faible dans certaines régions des Hautes-Alpes, le déplacement des participants a pu être un facteur limitant pour certains.

Les groupes nominaux ont duré environ deux heures chacun. Si cela constitue une durée suffisante pour obtenir des propositions concrètes et analysables, certains ont pu juger cette durée trop courte pour développer leurs idées. Cela a ainsi pu créer de l'insatisfaction chez certains participants n'ayant pas assez de temps pour exposer leurs opinions.

À l'inverse, certaines réponses étaient parfois floues, évasives. Elles relevaient de sentiments personnels mal identifiés, peu accessibles à l'analyse.

Le questionnaire : un biais de non réponses limité et un apport quantitatif pour la validation de nos résultats.

L'utilisation du questionnaire nous a tout d'abord permis d'augmenter la représentativité de nos résultats, en augmentant le nombre de médecins généralistes interrogés.

Par ailleurs, le questionnaire a permis d'enrichir notre étude d'une analyse quantitative. En effet, il était composé de deux questions fermées, sous forme de questionnaire à choix multiple. Cela nous a permis d'analyser les réponses de manière quantitative. Nous avons ainsi pu valider et hiérarchiser de manière fiable les propositions générées lors des groupes nominaux.

Le risque principal de ce mode de recueil de données était un faible taux de réponse de la part des médecins généralistes. Afin de limiter ce risque, nous avons mis en place plusieurs stratégies. Premièrement, le questionnaire a été simplifié au maximum afin qu'il soit rempli en quelques minutes seulement. Ensuite, à chaque questionnaire envoyé était joint une enveloppe vide, timbrée, avec mon adresse déjà renseignée. Cela incitait les médecins à répondre au questionnaire et simplifiait son retour par voie postale. Enfin, une dizaine de jours après avoir envoyé le questionnaire, tous les médecins ont été contactés par téléphone afin de les relancer. En plus d'un rappel, le contact téléphonique personnifiait le questionnaire, augmentant ainsi le taux de réponse.

Au final, sur les 130 questionnaires adressés, 61 ont été renvoyés. Cela correspond à un taux de réponse très satisfaisant de 47%. Ainsi, la facilité, le temps limité de réponse au questionnaire, la simplicité du retour et les relances téléphoniques ont permis un taux de retour correct, garant d'une pertinence et d'une bonne puissance des résultats de l'étude.

DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Des résultats concordants avec les données de la littérature.

Les différentes thèses écrites depuis une dizaine d'années, relatives aux déterminants de l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes, constatent toujours les mêmes freins et les mêmes attentes des médecins (26)(27)(28)(29).

Nous nous sommes en particulier intéressés à un travail portant sur l'HAD de Grenoble et les attentes des médecins généralistes, réalisé en 2011. Dans cette thèse, l'auteur avait préalablement identifié les freins à l'utilisation de l'HAD à partir d'une recherche bibliographique. Il avait ensuite utilisé ces données pour réaliser un questionnaire, diffusé à des médecins généralistes de l'agglomération grenobloise. Globalement, les résultats de cette étude concordent avec les nôtres. Un seul élément cité dans ce travail n'apparaît pas dans le nôtre : l'aspect « chronophage » des visites en HAD.

Notre hypothèse est que cela peut s'expliquer par la pratique des médecins généralistes haut-alpins. Du fait de la faible densité de population, ils effectuent déjà de nombreuses visites. Même en dehors de l'HAD, nombreux sont ceux qui prennent déjà en charge des pathologies lourdes au domicile, en utilisant leurs propres réseaux. Cet aspect « chronophage » fait ainsi déjà partie de leur pratique.

Le travail grenoblois conclut à une optimisation de l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes grâce à une meilleure communication entre les différents intervenants et une meilleure information sur les fonctions de l'HAD grenobloise. Là encore, cela va dans le sens de notre étude. Notre travail identifie tout de même un argument supplémentaire : la nécessité d'une cotation spécifique à l'HAD.

Notre hypothèse est qu'au fil des années, la charge administrative des médecins est devenue de plus en plus lourde. En 2016, le projet de loi sur la généralisation du tiers payant a mis en lumière la complexité de la comptabilité d'un cabinet de médecine générale.

Cette volonté de simplification, en particulier concernant les cotations, est maintenant ouvertement évoquée par les médecins généralistes. C'est pourquoi nous pensons que cet argument fait partie de nos principaux résultats, alors qu'il n'était pas évoqué dans le travail grenoblois datant de 2011.

Il serait intéressant de rechercher l'impact de l'étude grenobloise sur les pratiques de l'HAD et celles des médecins généralistes de la région concernée. Si les prescriptions de l'HAD ont augmenté, grâce à la mise en place des solutions proposées, on pourrait espérer une même évolution dans d'autres territoires ayant les mêmes freins, notamment les Hautes-Alpes.

L'absence d'information, manque d'initiative ou de diffusion ?

Les participants étaient nombreux à évoquer le manque d'informations sur l'HAD comme frein à son utilisation. Ils étaient demandeurs, principalement, de réunions avec les membres de l'HAD, de l'amélioration du site internet ainsi que de la réalisation d'une plaquette explicative. Si ces revendications sont recevables, elles sont également discutables.

Premièrement, l'HAD de Gap organise de nombreuses réunions afin de faciliter son utilisation par les médecins. D'après ses membres, très peu de participants y assistent. De plus, une brochure détaillant le fonctionnement et l'équipe de l'HAD de Gap est téléchargeable sur le site du CHICAS. Enfin, il existe de nombreuses ressources fiables facilement accessibles sur internet. Notamment, une aide à la décision d'orientation des patients en HAD, a été réalisée par la HAS en 2017, afin de guider les médecins prescripteurs. (30)(31)

Le manque de communication entre les intervenants, manque de volonté ou de moyens ?

Nous avons vu que le peu de communication entre l'équipe de l'HAD et le médecin traitant est un des principaux freins à l'utilisation de l'HAD.

Les médecins généralistes ont évoqué plusieurs moyens pour faciliter les relations, notamment de faire des visites communes afin d'échanger de vive voix sur l'état de santé du patient, ou bien de créer un canal numérique sécurisé ou plus simplement de communiquer par mail.

Une fois de plus, ces requêtes sont compréhensibles mais également contestables. En effet, s'il n'existe actuellement pas de moyen de communication optimal, l'HAD utilise systématiquement un classeur au domicile des patients, permettant à chaque professionnel de santé de noter les soins effectués lors de la visite, l'évolution de l'état de santé, et les solutions à envisager. Ce système est très certainement perfectible, mais il assure néanmoins la traçabilité et le suivi du patient.

Le médecin traitant : un rôle central tout au long de la prise en charge en HAD.

La relation singulière médecin-malade se construit au fur et à mesure des consultations et visites à domicile. L'investissement du médecin se voit «récompensé» par la reconnaissance de son patient. Ce cercle vertueux peut être mis à mal par l'intervention d'une tierce personne, qui s'immisce dans le colloque singulier. Le médecin coordonnateur et son équipe peuvent être perçus comme perturbateurs de cette relation. Nous avons vu que c'était un frein important pour certains participants.

Cependant, les lois qui régissent l'HAD désignent le médecin traitant comme le pivot de la prise en charge. Le médecin coordonnateur n'a pas de rôle de prescripteur et ne peut prendre de décision sans l'accord du médecin traitant.

Par ailleurs, comme tout médecin spécialiste, le médecin coordonnateur peut émettre un avis sur la prise en charge du patient. La discussion s'effectue alors entre le médecin coordonnateur, le médecin généraliste, et surtout le patient. Comme dans tous les soins, c'est au final le patient qui décide de sa prise en charge.

Replacer le patient au cœur de la décision permet ainsi de limiter la difficulté de travailler avec un autre médecin.

L'«hospitalo-centrisme» peu apprécié par les médecins généralistes.

C'est un frein important et plusieurs points ont été décriés par les médecins généralistes libéraux.

Premièrement, pour les médecins généralistes, le système de tarification à l'activité (TAA) est incompatible avec une prise en charge de longue durée. C'est le cas pour les deux principales indications de l'HAD : les soins palliatifs et les pansements complexes. Concernant cet argument, il faut souligner qu'en théorie, la prise en charge en HAD est ré évaluable à tout moment et peut ainsi être rallongée. De plus, une réforme de la tarification est en cours de réflexion. En effet, le rapport Véran sur le financement des établissements de santé souligne qu'il est « important de rendre ce financement plus proche des activités des professionnels de santé et plus adapté aux prises en charge des patients chroniques ». D'après ce dernier, une réforme de la tarification de l'HAD pourrait servir de levier à son développement. (32)

Ensuite, « l'hospitalo-centrisme » se manifeste également sur le plan de la rémunération. Dans le cadre de l'HAD, c'est l'hôpital qui rémunère les médecins. La facturation est réalisée par le médecin libéral sur une feuille de soins puis est adressée à l'hôpital. La cotation est celle d'une visite à domicile. La carte vitale ne peut être ainsi utilisée et le paiement est souvent tardif. Nous l'avons déjà vu, ce type de facturation complique la comptabilité des médecins et c'est pourquoi ils ont proposé de créer une nouvelle cotation, spécifique à la prise en charge HAD.

Cependant, il faut reconnaître que des efforts ont été faits dans ce domaine. Afin de faciliter le paiement des médecins, l'HAD de Gap a mis en place en juillet 2018 un système de facturation en ligne.

Également, les médecins généralistes ont souligné leur crainte quant au fait que l'analyse des examens biologiques soit réalisée par le laboratoire de l'hôpital. Leur peur est d'être court-circuités et de ne pas être tenus informés de ces résultats. Si cette crainte est légitime, l'HAD met des moyens en place pour limiter ce risque. En particulier, l'HAD de Gap pallie à cela en faxant chaque résultat biologique au médecin traitant.

Enfin, la délivrance des traitements et matériel par la pharmacie hospitalière peut être plus lente que par la pharmacie de proximité. Nous avons vu que c'était l'un des principaux freins. Mais il faut souligner que certains traitements ne sont pas disponibles en pharmacie conventionnelle. L'accès aux traitements hospitaliers constitue l'un des intérêts majeurs de l'HAD. En effet certains de ces traitements peuvent se révéler très précieux dans la prise en charge complexe des patients en HAD, notamment dans les soins palliatifs. Ce lien avec l'hôpital est donc indispensable.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'obtenir un consensus auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes concernant les déterminants de l'utilisation de l'HAD par eux-mêmes.

Notre étude, qualitative et quantitative, associait la méthodologie des groupes nominaux et du questionnaire. Elle nous a permis de mettre en évidence que les principaux freins à la prescription de l'HAD étaient en premier lieu la méconnaissance de ce service et la difficulté du médecin généraliste à trouver sa place au sein de l'équipe d'HAD. Les autres facteurs limitants étaient le manque de communication entre les intervenants, l'irrégularité du suivi et le manque de transparence dans la rémunération des médecins.

En miroir des freins, nous avons pu identifier quels étaient les facteurs incitatifs à l'utilisation de l'HAD. Tout d'abord, les médecins généralistes réclamaient une amélioration de la communication avec l'équipe d'HAD : un classeur de transmission à domicile, des échanges téléphoniques et par mail, des visites médicales communes, un système de transmission informatisé permettant l'intégration des données dans le dossier médical du patient, une modernisation du site internet ou encore la diffusion de plaquettes explicatives. Ils souhaitaient également une définition plus précise du champ d'action de l'HAD, ainsi que des clarifications concernant la responsabilité médicale. En tant que médecins traitants, ils souhaitaient avoir la certitude d'être les seuls prescripteurs lors d'une prise en charge en HAD. Enfin, ils étaient demandeurs d'une nouvelle cotation spécifique à l'HAD, afin de simplifier leur comptabilité.

Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature. Il serait intéressant d'évaluer la faisabilité de ces propositions, en particulier avec l'équipe de l'HAD de Gap. Si certaines modifications semblent envisageables à l'échelle locale, certains aménagements majeurs relèvent de réformes plus globales, comme la modification de la cotation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile, Abstract. Rev Fr Aff Soc. 2005;(3):157–82.
2. Circulaire mai 2000 [Internet]. [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15980.pdf
3. Com-Ruelle L. IRDES. L'HAD à la française , modèle historique et enjeux actuels. [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>
4. Hubert E. L'hospitalisation à domicile, une exception française? 2016 déc.
5. Boulin R. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.
6. Bernard Kouchner. Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code. 92-1102 oct 2, 1992
7. Aubry M. Circulaire mai 2000 [Internet]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15980.pdf
8. Bertrand X. Circulaire Décembre 2006 [Internet]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7220.pdf
9. Podeur A. Circulaire octobre 2007 [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110058.htm>
10. Touraine M. Circulaire mars 2013 [Internet]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36720.pdf
11. Bachelot R. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
12. Hubert E. FNEHAD rapport d'activité 2017 [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/11/FNEHAD_RA_web.pdf
13. Touraine M. circulaire décembre 2013 [Internet]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf

14. DGOS. L'hospitalisation à domicile [Internet]. 2007 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
15. Delphine Doré-Pautonnier. Nouveau rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie: entretien avec Régis Aubry | CNSPFV. 2013 mars.
16. Morin L, Aubry R. Où meurent les personnes âgées ? Étude nationale en France (1990–2010). Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 juin 2015;14(3):179–90.
17. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. GUIDE Méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'Hospitalisation à Domicile [Internet]. 2018 [cité 20 août 2018]. Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3323/guide-methodo-had-2018-provisoire.pdf>
18. IRDES. HAD, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. févr 2017.
19. Code de la santé publique - Article R6121-4. Code de la santé publique.
20. Lelièvre N. Hospitalisation à domicile, mode d'emploi. 2009.
21. Pedepeyreau C, Reznikoff V. L'hospitalisation à domicile. 2010 déc.
22. Fédération hospitalière de France. Le CH de Gap reprend seul l'activité d'HAD - Fédération Hospitalière de France (FHF). [cité 29 août 2018]; Disponible sur: <https://federation.fhf.fr/Regional-Federations/PACA/Vie-de-la-Federation-et-de-ses-adherents/Le-CH-de-Gap-reprend-seul-l-activite-d-HAD>
23. CHICAS. CHICAS Centre Hospitalier des Alpes du Sud – hospitalisation à domicile. 2018.
24. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. /data/revues/03987620/00560006/08008468/ [Internet]. 12 déc 2008 [cité 29 août 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/196116>
25. Letrilliart L. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. [cité 2 sept 2018]; Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
26. Crotet R, Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile: étude descriptive et comparative auprès de deux groupes

de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble: un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD: un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an. [GRENOBLE]; 2011.

27. Audren E. Attentes et freins à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes en Bretagne: étude sur le secteur sanitaire N°3 [Internet]. Rennes; 2017 [cité 31 juill. 2018]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/23af6503-8226-4912-860a-35a7c502a0bb?inline>
28. Le GOFF P. Etat des connaissances des médecins généralistes sur l'HAD du Pays de Vannes, motivations et freins à son recours en 2016. Rennes; 2016.
29. Birague-Cavallie E. Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne. 2015.
30. HAS. HAD, un nouvel outil en ligne d'aide à la décision d'orientation des patients. 2017.
31. FNEHAD. La HAS publie un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD (ADOP-HAD) – FNEHAD. févr 2018;
32. Véran DO. L'évolution des modes de financement des établissements de santé. 2017 p. 133.

ANNEXES

L'HAD C'EST :

Une hospitalisation à part entière qui permet d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés et continus en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.

L'HAD concerne des malades de tous âges atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et ou instables qui, en l'absence de l'HAD, seraient hospitalisés en établissement de santé traditionnel.

L'HAD assure une prise en charge globale et pluridisciplinaire formalisée par un projet thérapeutique individualisé.

LES SOINS EN HAD

Les soins délivrés peuvent être classés en trois catégories :

- Des soins ponctuels techniques et complexes pour une pathologie non stabilisée et pour une durée déterminée ;
- Des soins continus techniques et plus ou moins complexes, associant soins de nursing lourds et entretien de la vie pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée ;
- Une réadaptation au domicile après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique complexe, cardiologique ou d'une polyopathie pour une durée déterminée.

LES PRINCIPAUX CRITERES D'HAD

- Soins palliatifs
- Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlures) Vachthérapie
- Soins de nursing lourds
- Prise en charge de la douleur
- Nutrition entérale et parentérale
- Antibiothérapie et traitements par voie veineuse à

- Chimiothérapie - surveillance post chimiothérapie, post radiothérapie et a plasie
- Assistance respiratoire

L'HAD : MODE D'EMPLOI

- L'HAD nécessite une prescription médicale et l'accord du médecin traitant.
- Une évaluation médicale et infirmière peut être déclenchée sur simple demande téléphonique auprès du secrétariat du service et après une rapide étude du dossier par l'équipe de coordination de l'HAD.
- L'admission en HAD peut être réalisée sous 48 heures en fonction de la nature de la prise en charge et des conditions au domicile du patient.
- L'HAD assure l'ensemble des formalités administratives liées à la prise en charge.

NOUS CONTACTER

TEL 04 92 40 78 00

FAX 04 92 40 78 01

had.gap@chicas-gap.fr

L'HAD APORTE :

- Des soins pluridisciplinaires assurés 7j/7 et 365 jours par an.
- Une astreinte infirmière 24h/24 avec intervention au domicile du patient si nécessaire.
- Une astreinte médicale téléphonique.
- 24h/24 y compris les week-ends et les jours fériés.
- Le médecin traitant reste le référent médical du patient.
- La coordination de l'ensemble des professionnels intervenant à domicile.
- La délivrance des médicaments, du matériel, le support technique et logistique, la formation des utilisateurs.
- Une aide aux démarches administratives et sociales.
- Un soutien psychologique aux patients, à leur famille et aux aidants.

UNE EQUIPE

A VOTRE SERVICE

- **Un médecin coordonnateur :**
 - ❖ Accorde les prises en charge en HAD.
 - ❖ Travaille en étroite collaboration avec le médecin traitant.
 - ❖ Etablit avec les médecins hospitaliers et libéraux les projets thérapeutiques.
- **Un cadre infirmier :**
 - ❖ Organise l'activité paramédicale.
 - ❖ Coordonne les moyens du service en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations.
 - ❖ Participe à l'élaboration du projet thérapeutique.
- **Des Infirmières de coordination :**
 - ❖ Coordonnent les moyens humains et matériels au domicile du patient
 - ❖ Assurent la continuité des soins au domicile et l'astreinte 24H/24
 - ❖ Participent à l'élaboration du projet thérapeutique
- **Des Aides-soignantes :**
 - ❖ Réalisent les soins au domicile, seuls ou en binômes avec les intervenants libéraux
 - ❖ Participent à l'élaboration du projet thérapeutique.
- **Une Assistante Sociale :**
 - ❖ Participe à l'élaboration du projet thérapeutique.
 - ❖ Participe à l'évaluation médico-sociale.
 - ❖ Oriente et soutient le patient et ses proches dans les différentes démarches liées à l'HAD.
- **Une psychologue :**
 - ❖ Soutien et orientation psychologique du patient et des proches le temps de l'HAD.
 - ❖ Travaille en coordination avec l'équipe HAD et les différents professionnels intervenants.
- **Une secrétaire :**
 - ❖ Assure l'accueil téléphonique de l'ensemble des appels (patients/intervenants/prestataires).
 - ❖ Organise la gestion administrative du séjour patient.
- **Un logisticien :**
 - ❖ Participe à l'aménagement du domicile du patient.

L'hospitalisation à domicile est une activité soumise à autorisation de l'Agence Régionale de la Santé. L'HAD des Alpes du Sud est la seule HAD autorisée sur le département des Hautes-Alpes et la seule à pouvoir faire usage de l'appellation d'établissement HAD (article 6125-2 du Code de la Santé Publique).

 **CENTRE HOSPITALIER**
Intercommunal des Alpes du Sud
Gap - Sisteron

HOPITAL A DOMICILE
1, place Auguste Muret
05007 GAP Cedex
had.gap@chicas-gap.fr



ACCUEIL TELEPHONIQUE

24 H/24

04.92.40.78.00

Annexe 1. Plaquette de présentation de l'HAD de Gap. Téléchargeable sur le site du CHICAS. Source : CHICAS.

Feuille de route du Groupe Nominal

Le recours à l'Hospitalisation à Domicile par les médecins généralistes
des Hautes-Alpes.

Les différentes étapes du Groupe Nominal :

- 1. Génération silencieuse des idées** : individuellement et en silence
- 2. Enoncé des idées** : à tour de rôle, chacun exprime une idée. Si celle-ci a été précédemment citée, il passe à la suivante. Le tour de table se poursuit jusqu'à épuisement des réponses.
- 3. Clarification des idées** : elle se fait par le groupe ; chaque participant attribue le même sens à la même idée.
- 4. Cotation et hiérarchisation des idées** : chacun dispose de 6 points de vote (3 pour l'idée qu'il juge la plus importante, 2 et 1 pour les 2 suivantes)

Votre âge :

Votre sexe : Féminin Masculin

Votre mode exercice : Seul En groupe

Semi-rural Rural Urbain

- 1) Quels sont les freins à l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes ?**
- 2) Quels sont les leviers qui les amèneraient à orienter plus de patients vers cette filière ?**

THESE

L'hospitalisation à Domicile

Chères consœurs, chers confrères,

Je vous remercie de prendre de votre temps pour répondre à ce questionnaire et ainsi m'aider à réaliser ma thèse.

Voici mon sujet de thèse : « Quels sont les freins à l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes et quelles seraient les solutions qui pourraient faciliter sa mise en place ? »

Afin de répondre à ces questions, j'ai réalisé dans un premier temps deux groupes nominaux, qui ont permis de récolter plusieurs éléments de réponses à ces problématiques. Celles qui ont obtenu le plus de votes auprès des participants vous sont proposées dans le questionnaire. Vous pouvez entourer les réponses qui vous conviennent. Si, bien évidemment, vous avez des idées autres je vous lirai avec plaisir !!

A vous de jouer !
Merci beaucoup,
Cordialement,

Charlotte Salat, Interne de Médecine Générale.

Annexe 3. Lettre d'introduction accompagnant le questionnaire.

THESE

QUESTIONNAIRE

**Hospitalisation à Domicile à renvoyer
avant le 3 septembre 2018. Merci beaucoup.**

Votre âge :

Votre sexe : Féminin Masculin

Votre mode exercice : Seul En groupe

Semi-rural Rural Urbain

1) Avez-vous déjà prescrit pour un patient l'hospitalisation à domicile ?

Oui/Non

**2) Quels sont selon vous les freins à la prescription de l'HAD ?
(entourez les réponses , plusieurs sont possibles).**

- La méconnaissance de l'HAD : son rôle, son fonctionnement, ses indications, les intervenants. (veuillez entourer l'élément déterminant s'il y en a un d'après vous).
- La difficulté en tant que médecin traitant de trouver sa place au sein de cette équipe soignante.
- Le manque de communication entre les différents intervenants (médecin coordinateur, médecin traitant, infirmière, kiné, pharmacien)
- Le désinvestissement possible du médecin traitant auprès du patient en HAD (arrêt du colloque singulier).
- Le risque d'irrégularité du suivi, du fait de la redondance possible de prescriptions (médecin coordinateur/médecin traitant).
- Le manque de transparence dans le paiement : Quelle cotation utiliser ? Quel délai de paiement ? Qui paie ?
- Les difficultés logistiques : délai de délivrance des médicaments par la pharmacie hospitalière ou d'autre prescription (de matériel ...) trop long.
- Le long délai d'intervention de l'HAD en cas d'éloignement géographique.
- Réponse(s) personnelle(s) qui ne figure(nt) pas dans la liste ci-dessus :

3) Quelles sont selon vous les solutions qui pourraient faciliter la mise en place de l'HAD ? (entourez les réponses, plusieurs sont possibles)

- La communication entre le médecin traitant et le médecin coordinateur de l'HAD :

Si oui comment ? (veuillez entourer le/les type(s) préférentiel(s) de communication s'il y en a)

- En réunion
- Par horaires communs de visite
- Par mail
- Par téléphone
- Par la création de canaux numériques sécurisés
- Par l'intermédiaire d'un classeur à remplir chez le patient.

- La communication entre tous les intervenants :

Si oui comment ? (veuillez entourer le/les type(s) préférentiel(s) de communication s'il y en a)

- En réunion
- Par des horaires communs de visite
- Par mail
- Par téléphone
- Par la création de canaux numériques sécurisés
- Par l'intermédiaire d'un classeur à remplir chez le patient.

- L'amélioration du site internet de l'HAD pour une meilleure information : trombinoscope des intervenants, téléchargement d'une fiche des indications de l'HAD et de son fonctionnement.

- La création d'une cotation uniquement pour l'HAD (exemple : V+ HAD).

- La transparence médico légale (qui est responsable ? médecin coordinateur, médecin traitant, parfois médecin hospitalier)

- Les prescriptions sur ordonnances devraient être faites uniquement par le médecin traitant (limiter le nombre d'intervenants ou la redondance des prescriptions)

- Réponse(s) personnelle(s) qui ne figure(nt) pas dans la liste ci-dessus :

ABREVIATIONS

HAD: Hospitalisation à domicile

PMSI: Programme de médicalisation des systèmes d'information

AP-HP: Assistance publique – Hôpitaux de Paris

FNEHAD: Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile

ARS : Agence régionale de santé

SROS: Schémas régionaux d'organisation des soins

EHPAD: Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HPST: « Hôpital, patients, santé et territoire »

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

TAA: Tarification à l'activité

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

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

CHICAS : Centre hospitalier intercommunal des Hautes-Alpes

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

DGOS : direction générale de l'Offre de soins

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1. Rapport d'activité de la FNEHAD 2017.

Figure 2, indications d'HAD. Rapport d'activité de la FNEHAD 2017.

Figure 3. Source PMSI – calculs FNEHAD. Rapport d'activité de la FNEHAD 2017.

Figure 4. Source IRDES. L'HAD à la française, modèle historique et enjeux actuels.

Figure 5. Rapport d'activité de la FNEHAD 2017.

Figure 6. Territoire couvert par l'HAD de Gap.

Figure 7 : Répartition femmes/hommes des médecins ayant répondu au questionnaire.

Figure 8 : Ages des médecins ayant répondu au questionnaire.

Figure 9 : Mode d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire.

Figure 10 : Secteurs d'activité des médecins ayant répondu au questionnaire.

Figure 11 : Médecins ayant déjà prescrit une HAD.

Figure 12 : Les principaux freins à l'utilisation de l'HAD.

Figure 13 : Les moyens de communication souhaités par les médecins généralistes.

Figure 14 : Les facteurs incitatifs à l'utilisation de l'HAD.

Tableau 1 : caractéristiques démographiques du premier groupe nominal

Tableau 2 : caractéristiques démographiques du second groupe nominal

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.



SERMENT D'HIPPOCRATE

EN PRÉSENCE DES **M**AÎTRES DE CETTE **E**COLE,
DE MES CHERS CONDISCIPLES,
DEVANT L'EFFIGIE D'HIPPOCRATE,
JE PROMETS ET JE JURE
AU NOM DE L'ÊTRE SUPRÊME,
D'ÊTRE FIDÈLE

AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITÉ
DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS À L'INDIGENT,
ET N'EXIGERAI JAMAIS UN SALAIRE
AU-DESSUS DE MON TRAVAIL

ADMS DANS L'INTÉRIEUR DES MAISONS,
MES YEUX NE VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE,
MA LANGUE TIENRA LES SECRETS
QUI LUI SERONT CONFIES
ET MON ÉTAT NE SERVIRA PAS
À CORROMPRE LES MŒURS
NI À FAVORISER LE CRIME

RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT
ENVERS MES **M**AÎTRES,
JE RENDRAI À LEURS ENFANTS

L'INSTRUCTION QUE J'AI REÇUE DE LEURS PÈRES

QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME
SI JE SUIS FIDÈLE À MES PROMESSES !

QUE JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MÉPRISÉ
DE MES CONFRÈRES SI J'Y MANQUE !

RESUME

Introduction. Devant la demande croissante des patients d'être soignés au domicile, le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures d'Hospitalisation à Domicile sont en essor depuis plusieurs années. Si les médecins généralistes ont un rôle central dans la prise en charge d'un patient en HAD, ils sont peu nombreux à la prescrire. Nous avons donc réalisé une étude qui a pour objectif d'obtenir un consensus auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes concernant les déterminants de l'utilisation de l'HAD.

Méthode. Notre étude, qualitative et quantitative, associait la méthodologie des groupes nominaux et du questionnaire. Deux groupes nominaux de 8 et 5 médecins généralistes ont été réalisés. Cent trente questionnaires ont été envoyés.

Résultats. Nous avons identifié que les principaux freins à la prescription de l'HAD sont en premier lieu la méconnaissance de ce service et la difficulté du médecin généraliste à trouver sa place au sein de l'équipe d'HAD. Les autres facteurs limitants sont le manque de communication entre les intervenants, l'irrégularité du suivi et le manque de transparence dans la rémunération des médecins.

En miroir des freins, nous avons mis en évidence les facteurs incitatifs à l'utilisation de l'HAD. Tout d'abord, les médecins généralistes réclament une amélioration de la communication avec l'équipe d'HAD. Ils souhaitent également une définition plus précise de son champ d'action, ainsi que des clarifications concernant la responsabilité médicale. En tant que médecins traitants, ils souhaitent avoir la certitude d'être les seuls prescripteurs lors d'une prise en charge en HAD. Enfin, ils sont demandeurs d'une nouvelle cotation spécifique à l'HAD, afin de simplifier leur comptabilité.

Discussion. Il serait intéressant d'évaluer la faisabilité de ces propositions, en particulier avec l'équipe de l'HAD de Gap. Si certaines modifications semblent envisageables à l'échelle locale, certains aménagements majeurs relèvent de réformes plus globales, comme la modification de la cotation.

Mots clefs : Hospitalisation A Domicile - Médecine générale - Consensus - Freins - Solutions - Libéral - Prescriptions.