

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2021

N° : 358

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR

Marion DESPINASSE

née le 19 aout 1993 à Annonay

Impact du confinement sur la prise en charge à domicile des patients suivis à l'hôpital de
jour de soins de support de l'ICANS.

Président de thèse : Jean Emmanuel KURTZ, Professeur

Directeur de thèse : Anna SCHOHN, Docteur

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition OCTOBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

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

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

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héléne Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

PO224

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépatato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation : Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / PO220	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François PO216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

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

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

CU : Chef d'unité fonctionnelle

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

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
	Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
	Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
	Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
	BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
	CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
	CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
	CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
	CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
	Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
	DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
	Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
	FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
	FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
	GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
	GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
	GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
	Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
	Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

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

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

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'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.

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

A Monsieur le Professeur Jean Emmanuel Kurtz, pour l'honneur que vous me faites d'accepter d'être le juge de ce travail et d'en présider le jury. Votre expérience et votre implication dans la gestion de la pandémie au sein de l'ICANS rendent votre jugement incontournable. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et ma sincère reconnaissance.

Aux membres du jury,

A Madame la Docteure Véronique Frasier, pour ce semestre passé au sein de l'équipe des soins de supports, qui m'a donné envie de poursuivre ma route vers les soins palliatifs. Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger mon travail sur un sujet qui nous a réunies dans l'action lors de cette période exceptionnelle. J'ai pu ainsi bénéficier de ta bienveillance, de tes conseils avisés et de ta jovialité. Sois assurée de ma profonde considération.

A Monsieur le Docteur Alexandre Bimboes, je suis honorée et très fière de te compter parmi les membres de mon jury pour cette nouvelle étape de ma vie professionnelle. C'était un réel plaisir de travailler à tes côtés. Je te remercie infiniment pour tes encouragements et tes conseils qui ont été essentiels dans l'accomplissement de ce travail mais aussi pour le futur.

A Monsieur le Docteur Philippe Trenz, je te remercie pour ta disponibilité et tes remarques pertinentes lors de la réalisation de ce travail. Sois assuré de mon respect et de ma gratitude.

A Madame la Docteure Lucile Pabst, merci d'avoir accepté avec autant d'enthousiasme de faire partie de ce jury et d'apporter ton regard sur ces problématiques que tu as toi-même rencontrées. C'était un plaisir de travailler avec toi à l'ICANS et je suis ravie de te retrouver aujourd'hui aux HUS.

A ma directrice de thèse,

A Madame la Docteure Anna Schohn, pour ton soutien, ta bienveillance et ton inconditionnelle disponibilité qui ont été si précieux pour mener à bien ce projet. Je te remercie d'avoir été à l'initiative de ce travail, de l'avoir si bien dirigé et d'avoir été de la plus grande des patientes. De tout ceci est née une belle amitié (et la découverte du messti de Souffelweyersheim) qui je le sais durera une fois cette thèse achevée.

Table des matières

INTRODUCTION	16
ARTICLE	20
Impact du confinement sur la prise en charge à domicile des patients suivis à l'hôpital de jour de soins de support de l'ICANS.	20
Résumé	21
Introduction	23
Matériel et méthode	27
Population cible :	27
Recueil des données :	27
Analyse statistique :	28
Résultats	30
Description de l'échantillon (Tableau 1).....	30
Principaux résultats.....	31
Discussion	34
Description de la population étudiée	34
Services et soins à domicile en France et au sein de la population étudiée	35
L'impact de la pandémie sur le domaine de l'oncologie.....	38
L'impact de la pandémie sur les soins à domicile	40
L'impact de la pandémie sur les soignants	42
Limites.....	43
Conclusion	45
Tableaux et figures	47
<i>Tableau 1. Description de l'échantillon</i>	47
<i>Tableau 2. Modifications des interventions à cause de la COVID-19</i>	48
<i>Tableau 3. Modification des passages du médecin traitant à domicile</i>	48
<i>Tableau 4. Modification des passages infirmiers à domicile</i>	49
<i>Tableau 5. Modification des passages des kinésithérapeutes à domicile</i>	50
<i>Tableau 6. Modification du passage des aide-ménagères à domicile</i>	51
<i>Tableau 7. Modification du passage des auxiliaires de vie à domicile</i>	51
<i>Tableau 8. Modification des modalités de dispensation par les pharmacies</i>	51
<i>Tableau 10. Arrêt des actes techniques et relais</i>	53
CONCLUSION	54
ANNEXES	57
Méthodologie détaillée	58
Population cible :	58
Choix des variables :	58
Recueil des données :	63
Analyse statistique :	63
Poster congrès de la SFAP septembre 2021	65
Avis favorable du comité d'éthique	66
Bibliographie	67
Attestation de plagiat	73

Abréviations

ADL : Activities of Daily Living

AFSOS : Association francophone des soins oncologiques de support

APA : Allocation pour l'autonomie

APL : Accessibilité potentielle localisée

ARS : Agence régionale de santé

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLCC : Centre de lutte contre le cancer

COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

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

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

HDJ SSA : Hôpital de jour de soins de support et d'accompagnement

IDE : Infirmier diplômé d'État

InCa : Institut national du cancer

ICANS : Institut de cancérologie Strasbourg Europe

IGAS : Inspection générale des affaires Sociales

MKDE : Masseur kinésithérapeute diplômé d'État

PCA : Pompe d'analgésie contrôlée par le patient (Patient Controlled Analgesia)

PSAD : Prestataires de santé à domicile

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SSIAD : Service de soins Infirmiers à domicile

USC : Unité de soins continus

VAD : Visite à domicile

INTRODUCTION

En janvier 2020, les premiers cas de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sont apparus en France. Peu de temps après, le 14 février 2020, le premier décès lié à la COVID-19 est enregistré. Le 15 février un rassemblement religieux de plus de 2 000 personnes à Mulhouse a signé le départ de contaminations en série sur tout le territoire français. La région Grand Est s'est alors retrouvée épiceutre de la pandémie au niveau national.

Afin de limiter la propagation du virus et de faire face à la saturation du système de santé, le président de la République Française, Emmanuel Macron, a annoncé le 17 mars 2020 une stricte restriction des déplacements et un arsenal de mesures strictes. Il a prononcé durant son allocution télévisée la phrase « nous sommes en guerre » à six reprises. De cela ont découlé des scènes jamais vues auparavant, des files d'attente dans les supermarchés et les gares, puis des rues et des autoroutes désertes, des grandes villes silencieuses.

L'offre de soins s'est réorganisée dans l'ensemble des secteurs sanitaires (ambulatoire, hospitalier et médico-social), bouleversant les parcours de soins des patients et notamment celui des patients atteints de cancer. De nombreuses directives nationales et régionales ont été mises en place pour faciliter les prises en charge à distance et éviter les venues des patients à l'hôpital.

L'Institut de cancérologie Strasbourg Europe (ICANS) a dû, à son échelle, s'organiser pour faire face à la pandémie et aux conséquences des mesures nationales et régionales de confinement. Les visites et les accompagnants ont été interdits au sein de l'établissement. Toute personne entrant dans l'enceinte de l'hôpital a dû répondre à un questionnaire et se soumettre à une prise de température. Les consultations ont été reportées, annulées ou réalisées par téléconsultation grâce à la mise en place rapide d'un nouvel outil informatique dédié. Les chirurgies non urgentes ont été déprogrammées. Les protocoles de chimiothérapie et de radiothérapie ont été adaptés pour en diminuer la fréquence, la durée ou l'intensité. L'hospitalisation de patients atteints de la COVID-19 en unité de soins continus (USC) à l'ICANS a nécessité une réorganisation humaine et technique spécifique. Par la suite, ont été accueillis des patients extérieurs, sans pathologie cancéreuse, nécessitant une ventilation invasive en collaboration avec les équipes de réanimation du Centre hospitalier universitaire (CHU). Pour s'adapter à cette situation, le personnel médical et paramédical a été redéployé vers les unités le nécessitant. D'autres personnels, comme les diététiciennes, les assistantes sociales et les psychologues ont poursuivi leur activité en télé travail réalisant les consultations à distance. Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ainsi que les formations données aux internes ont été réalisées de manière dématérialisée afin d'éviter les rassemblements.

Toujours afin de limiter les contacts non essentiels en milieu hospitalier dans un contexte de propagation rapide des contaminations et de saturation hospitalière, des mesures ont

également été prises dans l'hôpital de jour de soins de support et d'accompagnement (HDJ SSA). Les venues ont été limitées pour ne répondre qu'aux demandes essentielles (transfusion, ponction d'ascite...) ou urgentes (prise en charge antalgique, mise en place de nutrition...). Les séjours pour répit des aidants ou évaluation globale ont été reportés ou annulés. Certaines activités, comme les séances de Snoezelen, les séances de kinésithérapie, les bains thérapeutiques, la socio-esthétique ou la présence des bénévoles ont été suspendues. La pertinence de chaque hospitalisation était évaluée par téléphone la veille par un médecin du service et un maximum de réévaluation ou d'adaptation thérapeutique ont été réalisées sous la forme de téléconsultation.

Dès les premiers jours du confinement, plusieurs patients ont rapporté à l'équipe de soins de support un sentiment de solitude et d'abandon de la part des intervenants à domicile. De nombreux arrêts ainsi que des diminutions des passages parfois pluri quotidiens de professionnels intervenants à domicile nous ont été signalés. En parallèle, il devenait soudain difficile pour l'équipe de soins de support d'initier des aides à domicile, y compris des passages infirmiers pour une aide à la toilette ou encore pour la réalisation de pansements par exemple.

Dès le début du confinement, la situation d'un patient suivi pour un adénocarcinome du cardia métastatique péritonéal nous a particulièrement marqués. Il bénéficiait d'un traitement par Trastuzumab et 5-Fluouracil. Les infirmiers venaient quotidiennement à domicile pour les pansements d'une escarre sacrée et pour une aide à la toilette. Âgé de 77 ans et en perte d'autonomie, il vivait seul, aidé ponctuellement par sa fille unique. Devant l'apparition de symptômes évocateurs de la COVID-19, confirmée par un test nasopharyngé positif, les infirmiers ont refusé de venir à son domicile pour poursuivre les soins. Ils ont été contactés et nous ont informé des difficultés qu'ils rencontraient notamment en raison du manque de matériel disponible. L'assistante sociale a essayé de mettre en place des services d'aide à la personne en vain. Finalement, après de multiples appels et négociation auprès des infirmiers,

nous avons convenu d'un passage à domicile un jour sur deux, à défaut d'un passage quotidien. Les autres jours, les soins étaient assurés par la fille du patient. Ce constat préoccupant était le même chez plusieurs patients et concernait de multiples versants des soins à domicile : kinésithérapie, aide-ménagère, livraison des repas etc.

Pendant cette période, les professionnels de terrain ont été soumis à de multiples contraintes et facteurs nouveaux, générateurs de stress ou de conflits. Ils peuvent être liés à l'accroissement de la charge de travail, à l'insécurité liée au manque de matériel ou à la nécessité de se fournir par des réseaux informels d'entraide, à la peur d'être contaminé ou de contaminer, mais aussi aux conflits éthiques face à des choix imposés par la situation de crise.

Les aidants familiaux semblaient alors largement sollicités afin de réaliser les soins ou les gestes, parfois des actes de soins techniques, habituellement prodigués par des professionnels. A l'épuisement d'une présence accrue auprès des proches malades, s'est ajoutée la peur de transmettre le virus à un proche vulnérable.

Devant cette détresse des patients et de leur proches, dans ce contexte si particulier, nous avons donc vu éclore des situations de précarité découlant directement de la crise sanitaire. Pour aller au-delà de notre ressenti, nous avons voulu montrer de façon plus précise l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le maintien des aides à domicile des patients que nous suivions durant le confinement de mars 2020.

ARTICLE

Impact du confinement sur la prise en charge à domicile des patients suivis à l'hôpital de jour de soins de support de l'ICANS.

Résumé

Contexte

L'épidémie de la COVID-19 a touché durement la France et particulièrement l'Alsace. L'état d'urgence sanitaire et les mesures de confinement ont été associés à des recommandations professionnelles pour la prise en charge des patients dans l'objectif de diminuer les contaminations. Les premières publications montraient une incidence plus forte et une évolution plus sévère de la COVID-19 sur les patients suivis pour un cancer. Nous avons constaté lors des passages des patients dans notre Hôpital de Jour (HDJ) de soins de support que certains soins à domicile n'étaient plus effectués pour nos patients, pour de multiples raisons : absence de matériel de protection, manque de personnel, crainte de la contamination.

L'objectif de notre étude est de déterminer l'impact du confinement sur les soins au domicile des patients atteints de cancer suivis en soins de support dans notre établissement.

Matériels et méthodes

Cette étude observationnelle descriptive monocentrique et rétrospective a été réalisée au sein de l'HDJ de soins de support de l'ICANS à Strasbourg du 20.04 au 15.05.2020. Tous les patients hospitalisés sur cette période ont été inclus soit 100 patients. Un questionnaire était rempli lors de l'hospitalisation par les médecins du service et interrogeait sur les aides à domicile et leurs fréquences avant et après la mise en place du confinement. Notre étude a reçu l'avis favorable du Comité d'Éthique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Résultats

Près des deux tiers des patients ont subi une modification de leurs aides à domicile pendant le confinement. Parmi ces modifications, un arrêt complet du passage d'un professionnel à domicile a concerné 40 % d'entre eux et une diminution de la fréquence de passage, 10 %

d'entre eux. Des différences significatives ont été retrouvées pour plusieurs populations, plus touchées par ces modifications : les patients de statut OMS 3 et 4, les femmes, les patients vivant seuls et ceux atteints d'un handicap moteur. Un arrêt de la réalisation d'un acte habituellement réalisé par un professionnel à domicile a concerné 48,5 % des patients. Ces tâches ont dû être réalisées par les patients eux même dans 18,5 % des cas, par les aidants dans 62,5% des cas et par les deux dans 18,5 % des cas. Nos patients ont également bénéficié de nouvelles modalités de soins avec un recours à la téléconsultation pour 25 % d'entre eux.

Conclusion

Notre étude montre un impact fort du confinement sur les soins à domicile des patients suivis à l'ICANS. Du fait du manque de matériel, des difficultés organisationnelles et de la rapidité de propagation de la pandémie, et ce en dépit des différentes recommandations émises, le système de soins n'a pas réussi à protéger les plus fragiles lors de la crise sanitaire, puisqu'ils sont ici les plus durement touchés. Au-delà de ce triste constat, notre étude montre également la mise en place de nouvelles modalités de soins avec le recours à la téléconsultation. Notre étude trouve son intérêt dans la mise en évidence des fragilités du système de soins dans ce contexte d'urgence sanitaire. Elle souligne l'importance de veiller à l'accès aux soins des plus vulnérables.

Mots clés : COVID-19 - Soins de support - Soins à domicile

Introduction

Les cancers sont la première cause de mortalité en France, responsables de près de 150 000 décès chaque année et d'autant de situations de fin de vie (1). En raison d'une demande sociétale et d'une évolution du système de soins, les soins à domicile sont de plus en plus fréquents, y compris dans les situations de fin de vie ou de vulnérabilité (2). L'implication des patients et de leurs proches est essentielle et s'accompagne d'une collaboration de différents professionnels le plus souvent libéraux : médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, auxiliaire de vie etc. Afin de faciliter l'organisation des prises en charges au domicile se sont créés des réseaux de soins formels ou informels qui placent le patient au cœur de sa prise en charge.

Cette coordination des soins a dû faire face à l'épidémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et à l'état d'urgence sanitaire déclaré le 23 mars 2020 (3). Fin décembre 2019, la COVID-19, causée par le virus SARS-Cov-2, de la famille des Coronaviridae est apparue dans la ville de Wuhan en Chine. Au 15 mars 2020, 6 378 cas et 161 décès sont confirmés en France dont 60 décès dans la région Grand Est (4). Deux jours plus tard, le 17 mars, les mesures de confinement de la population deviennent effectives pour répondre à cette situation de crise (5). Celles-ci ne seront levées progressivement qu'à partir du 11 mai 2020. Au total, en France, on dénombrera 26 643 personnes décédées de la COVID-19 à la fin du confinement (6).

Dans le domaine de la santé, plusieurs mesures ont été prises facilitant les soins de ville en limitant la propagation du virus, notamment auprès des populations les plus fragiles. Elles visaient à renforcer les règles d'hygiène et à limiter les déplacements des patients, en favorisant le suivi à distance et en encourageant la pratique de la téléconsultation et des télésoins (7) (8). Ainsi, la prolongation de validité des ordonnances de traitements de fond mais aussi des soins infirmiers ou de kinésithérapie a été autorisée (3). De plus les

hospitalisations à domicile ont été encouragées en alternative aux hospitalisations en établissements de santé (9).

En complément de ces dispositions législatives, des recommandations à destination des professionnels de santé ont été émises notamment par les ordres professionnels. Par exemple, l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes recommande uniquement la prise en charge des soins urgents essentiels et non reportables en privilégiant le télésoin (10)(11). Pour les infirmiers libéraux, un suivi renforcé des patients atteints de la COVID-19 en complément du suivi médical est préconisé. Les textes sont en faveur d'une continuité des soins infirmiers pour les patients avec des comorbidités et/ou en perte d'autonomie, tout en restant vigilant au respect des précautions d'hygiène (12)(13).

D'après la publication du 21 avril 2020 dans le *Lancet Oncology*, l'incidence de la COVID-19 serait plus importante chez les patients atteints de cancer et de surcroît avec une évolution plus sévère (14). Ainsi, l'Institut national du cancer (InCa) a formulé des recommandations spécifiques à la prise en charge des patients suivis en oncologie (15) (16). Pour ceux atteints de la COVID-19, la suspension des traitements oncologiques a été préconisée le temps de la prise en charge de l'infection. Pour les autres patients, les traitements en cours ont été adaptés ou poursuivis dans le cadre d'une analyse du rapport bénéfice/risque individuelle afin d'éviter une éventuelle perte de chance. Le report au cas par cas des consultations de surveillance et le recours à la téléconsultation était vivement conseillé. La Haute Autorité de santé (HAS) a insisté sur la sanctuarisation des services d'oncologie et d'hématologie vis-à-vis du SARS-Cov-2 (17) du fait de la vulnérabilité de cette population. Les venues des patients relevant exclusivement de soins de support devaient être limitées afin de réduire le risque de contamination et la pression sur les services. Une hiérarchisation des patients à prendre en charge est proposée en fonction de la stratégie thérapeutique, de l'âge des patients, de l'espérance de vie probable et du caractère récent ou non du diagnostic. Il est conseillé de déprogrammer les examens complémentaires non urgents. Dans le cas où la prise en charge

en oncologie d'un patient atteint de la COVID-19 est indispensable, un isolement dans un secteur spécifique est nécessaire.

L'Institut de cancérologie Strasbourg Europe (ICANS) est un groupement de coopération sanitaire issu de l'alliance entre le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) Paul Strauss et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Il constitue l'ensemble hospitalier de référence dans le domaine du soin et de la recherche en cancérologie en Alsace. Cet hôpital comporte trois unités d'hospitalisation de jour (HDJ), dont l'une est dédiée exclusivement aux soins de support et à l'accompagnement (HDJ SSA).

Les soins de support désignent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves » (18). Ils ont modifié le paysage de l'oncologie en mettant l'accent sur une meilleure qualité de vie des patients devenant une interface entre les soins de ville et hospitaliers. Le Plan Cancer 2019 préconise la détection des besoins en soins de support dès le début de la prise en charge, puis tout au long du parcours, pour toutes les personnes atteintes de cancer (19).

Durant cette période de crise sanitaire, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), a recommandé de déprogrammer les séjours de répit, les hôpitaux de jour ainsi que les consultations dès que cela était possible (20). En accord avec les nouvelles directives, seules les hospitalisations ne pouvant être déprogrammées ont été maintenues au sein de l'HDJ SSA de l'ICANS (ponction d'ascite, ponction pleurale, transfusion, évaluation des douleurs complexes, mise en place de pompe d'analgésie contrôlée par le patient (PCA) ou de nutrition artificielle etc.).

Du fait du fonctionnement du système hospitalier, l'ensemble des soins a été réorganisé en quelques jours. La réorganisation des soins au domicile, coordonnés en réseaux de praticiens

libéraux interdépendants nous a semblé plus laborieuse. C'est à partir de ce constat que nous avons débuté cette enquête, afin d'évaluer de manière objective l'impact du confinement sur la prise en charge à domicile des patients suivis en HDJ SSA à l'ICANS.

Matériel et méthode

Population cible :

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective descriptive et monocentrique réalisée entre le 20 avril et le 15 mai 2020 au sein de l'HDJ SSA de l'ICANS. Cet HDJ accueille les patients suivis à l'ICANS, qu'ils relèvent d'une prise en charge curative, palliative ou de soins de supports exclusifs. Cette hospitalisation permet de réaliser des actes techniques ne pouvant être faits à domicile (ponction d'ascite ou pleurale, transfusions, mise en place d'une pompe PCA, initiation de nutrition entérale ou parentérale...) mais aussi de réaliser des évaluations pluridisciplinaires complexes ainsi que des séjours de répit. L'ensemble des patients admis dans ce service sur la période a été interrogé. Les critères d'exclusion retenus étaient la vie en institution et les difficultés de compréhension ne permettant pas de répondre au questionnaire.

Recueil des données :

Le questionnaire était complété par les médecins du service lors de l'hospitalisation, après accord oral du patient, à l'aide de son dossier médical, de son examen clinique et de l'interrogatoire. Le recueil a concerné des données socio-démographiques (âge, sexe, lieu du domicile, mode de vie, intervenants à domicile, statut vis-à-vis du coronavirus) et des données médicales (localisation du primitif, statut métastatique, type de traitement en cours, projet de soins, statut OMS, comorbidités...). Deux catégories étaient utilisées pour classer le lieu du domicile selon la densité médicale. Celle-ci était déterminée en fonction de l'accessibilité potentielle localisée (APL) définie par le nombre d'actes de médecine générale par an et par habitant en prenant comme borne le chiffre de 4 consultations / an / habitant (21). Le mode de vie regroupait les patients en deux catégories : les patients vivant seuls à domicile et les patients vivant avec leur conjoint ou un autre proche (enfant, ami, fratrie...). Les intervenants à domicile étaient divisés en trois catégories pouvant se cumuler pour un même patient : les

intervenants libéraux, les prestataires de santé à domicile (PSAD) et les structures d'hospitalisation à domicile (HAD). Le statut vis-à-vis du SARS-Cov-2 recensait les patients non testés, les patients testés et négatifs et les patients testés et positifs. Seuls les frottis nasopharyngés étaient pris en compte.

La seconde partie du questionnaire interrogeait le patient sur les aides à domicile en place et leur fréquence de passage avant et après la mise en place du confinement. Pour les professions pouvant réaliser des télésoins, cette information était également recueillie. La dernière partie de notre questionnaire s'intéressait aux activités de la vie quotidienne (AVQ) sélectionnées à partir de l'échelle Activities of Daily Living (ADL) à savoir la toilette, l'habillage, la continence, la locomotion et les repas auxquelles nous avons ajouté les travaux ménagers (22). Elle recueillait également le statut des soins habituellement réalisés par des professionnels afin de déterminer s'ils étaient toujours réalisés par les mêmes intervenants avant et après la mise en place du confinement. Si certaines activités ou certains soins n'étaient plus réalisés par des professionnels, le patient était interrogé sur le maintien ou non de ces actes et sur la personne les ayant réalisés (lui-même, ses proches...). Les actes concernés par cette partie du recueil étaient les travaux ménagers, les soins d'hygiène, les courses, les repas, les soins liés à une nutrition artificielle, les soins de stomie ou de sonde urinaire, les pansements et l'administration des traitements per os. Nous avons exclu de notre recueil les soins techniques ne pouvant être réalisés que par un professionnel du soin à domicile (par exemple, la nutrition parentérale) car la présence d'un professionnel est le plus souvent nécessaire à la réalisation de cet acte.

Analyse statistique :

L'ensemble des données recueillies a été saisi dans un tableau Excel et analysé grâce au logiciel GMRC Shiny Stats. Les variables ont été analysées à l'aide de tests du *Chi2* lorsque les conditions de validité étaient remplies et des tests exacts de Fisher dans le cas contraire.

Un test dont la *p-valeur* était inférieure à 0,05 était considéré comme significatif. Les effectifs et pourcentages des variables qualitatives étaient présentés, les variables quantitatives étaient résumées par leur moyenne. Le nombre de sujets nécessaire n'a pas été calculé car nous avons inclus l'ensemble des patients hospitalisés sur une période donnée à savoir du 20 avril au 15 mai 2020.

Notre étude a reçu l'avis favorable du Comité d'éthique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Résultats

Description de l'échantillon (Tableau 1)

Au total, 100 patients ont été inclus dans notre étude sur un total de 104 patients interrogés parmi lesquels 4 ont été exclus selon les critères d'exclusion. L'âge moyen de notre population était de 65,48 ans ($\pm 13,41$). La majorité de nos patients (54,00 %) était des femmes. Le statut OMS était de 2 pour plus de la moitié de nos patients (55,00 %), suivi par un statut de 3 pour 28,00 % d'entre eux. Les patients OMS 4 ne représentaient que 4,00 % de notre population. Parmi nos patients, 23,00 % vivaient seuls à domicile, les patients restants vivant avec leur conjoint ou un proche (77,00 %).

Les deux tiers de nos patients (66,00 %) étaient domiciliés dans une zone présentant une offre de soins supérieure à 4 consultations par an et par habitant. Pour finir, 15,00 % de nos patients étaient suivis par un PSAD et 5,00 % par une structure d'HAD.

Sur le plan oncologique, un quart de notre population était suivi pour un primitif d'origine digestive, 20,00 % pour une origine mammaire, 15,00 % pour une origine gynécologique et 14,00 % pour une origine ORL. Parmi nos patients, 68,00 % avaient un cancer métastatique, principalement au niveau osseux et hépatique pour respectivement 36,00 % et 28,00 % d'entre eux.

Concernant le projet de soins, 17,00 % de nos patients bénéficiaient d'une prise en charge curative, 67,00 % d'une prise en charge palliative et 16,00 % de soins de support exclusifs. Les trois quarts de nos patients bénéficiaient d'un traitement par chimiothérapie en cours. Parmi nos patients, 48,00 % présentaient une ou des comorbidité(s) associée(s) parmi lesquelles principalement une hypertension artérielle (68,75 %), un diabète (35,42 %) ou une insuffisance cardiaque (25,00 %).

La majorité de nos patients (88,00 %) n'a pas été testée vis-à-vis du SARS-Cov-2 et seuls 4,00 % d'entre eux avaient une PCR positive.

Principaux résultats

Quatre-vingt-dix pour cent de nos patients bénéficiaient du passage d'un professionnel à domicile avant le confinement (infirmier, kinésithérapeute, auxiliaire de vie, aide-ménagère, médecin traitant...). Un arrêt ou une diminution du passage de professionnel(s) à domicile secondaire à la crise sanitaire concernait 46,67 % de nos patients. Au total, 40,00 % ont connu un arrêt complet du passage d'un professionnel à domicile et 10,00 % une diminution. De plus, 33,33 % ont connu une modification en termes de qualité du soin sans modification de fréquence pour au moins un intervenant à domicile, notamment avec la mise en place de la téléconsultation ou encore des livraisons par la pharmacie. Au total, 64,44 % des patients ayant des aides au domicile ont connu une modification de ces dernières en raison de la COVID-19 (Tableau 2).

Avant la crise sanitaire, les médecins traitants réalisaient des visites à domicile (VAD) chez 68,00 % de nos patients (Tableau 3). Lors du confinement, on ne note pas de changement de fréquence des VAD chez 64,71 % des patients concernés, en revanche, on observe une diminution de fréquence et un arrêt chez respectivement 2,94 % et 7,35 % d'entre eux. La téléconsultation a été mise en place pour 25,00 % des patients.

De la même manière, avant la crise sanitaire, 69,00 % de nos patients bénéficiaient de passages infirmiers à domicile (Tableau 4). Pendant le confinement, il n'y a pas eu de changement pour 81,16 % de nos patients mais une diminution de fréquence ou un arrêt ont été constatés pour respectivement 8,70 % et 10,14 % d'entre eux. Concernant les séances de kinésithérapie à domicile, sur les 29,00 % des patients qui en bénéficiaient avant le confinement, 89,65 % ont connu un arrêt des soins (Tableau 5). Seuls 3,45 % n'ont pas eu de changement et 3,45 % ont eu une diminution de la fréquence des séances. Sur les 17,00 % de nos patients bénéficiant d'une aide-ménagère à domicile, 88,24 % ont connu un arrêt (Tableau 6). Seuls 11,76 % n'ont pas connu de changement. Un passage d'auxiliaires de vie à domicile était rapporté chez 4,00 % de nos patients avant le confinement, celui-ci a été arrêté chez 100,00 % des patients (Tableau 7). Pour finir, les livraisons à domicile par la pharmacie

ne concernaient que 18,00 % de nos patients avant la crise sanitaire. Lors du confinement, celles-ci ont été poursuivies chez 88,89 % des patients et arrêtées chez 11,11 % d'entre eux. La livraison a été nouvellement mise en place chez 19,51 % des patients soit un total de 32 % de patients bénéficiant de ce service pendant le confinement (Tableau 8).

L'arrêt ou la diminution des soins à domicile (Tableau 9) ont touché principalement les femmes et concernent 60,87 % d'entre elles contre 31,82 % des hommes ($p=0,01$). Les patients vivant seuls étaient également plus impactés avec une diminution ou un arrêt des aides pour 70,00 % d'entre eux et un maintien pour 30,00 % d'entre eux ($p=0,01$). A l'inverse, un arrêt ou une diminution des aides ont été décrits chez 40,00 % des personnes vivant en couple ou avec un proche. Les patients avec un score OMS de 3 et 4 ont été plus frappés, puisqu'un arrêt ou une diminution des soins ont été retrouvés pour 62,50 % des patients OMS 3 et 75,00 % des patients OMS 4, contre seulement 15,38 % des patients OMS 1 et 44,90 % des patients OMS 2 ($p=0,02$).

Pour les patients avec comorbidités, un arrêt du passage des professionnels à domicile a été mis en évidence chez 38,64 % d'entre eux et un maintien chez 61,36 % d'entre eux ($p=0,14$). Si la présence de comorbidités dans leur ensemble n'influence pas de manière significative la prise en charge, deux comorbidités prises isolément montrent des résultats significatifs. L'existence d'un handicap moteur, présent chez 4 de nos patients, montre une différence significative dans la prise en charge avec 100,00 % des patients ayant subi un arrêt ou une diminution des aides et aucun patient n'ayant vu leur maintien ($p=0,02$). A l'inverse, parmi les patients ayant une hypertension artérielle, seuls 29,03 % ont été concernés par un arrêt ou diminution des soins à domicile contre 70,97 % pour lesquels les soins ont été maintenus ($p=0,03$).

Notre analyse ne retrouvait pas de différence significative en fonction de l'âge moyen des patients estimé à 66,05 ($\pm 14,00$) parmi les patients ayant subi un arrêt ou une diminution et à 65,50 ($\pm 12,91$) parmi les patients ayant eu un maintien des aides ($p = 0,97$). Il n'y avait pas de différence significative entre les zones avec l'offre de soins la plus riche et les zones moins

bien dotées dont 33,33 % des résidents ont eu un arrêt ou une diminution contre 54,39 % des résidents des zones avec l'offre la plus riche ($p = 0,08$). Le projet de soins n'influçait pas de manière significative la prise en charge. En effet, parmi les patients pris en charge en soins de support exclusifs, 66,67 % ont eu un arrêt ou une diminution des soins à domicile contre 43,33 % des patients en projet palliatif et 40,00 % des patients ayant un projet curatif ($p=0,23$). Aucune différence significative n'a été mise en évidence en fonction de la localisation du primitif ($p=0,91$). Parmi les patients ayant un cancer métastatique, 50,00 % ont connu un arrêt ou une diminution des aides à domicile et 50,00 % des patients ont connu leur maintien ($p=0,35$).

La présence d'une HAD ou d'un PSAD n'influence pas de manière significative le maintien des aides à domicile, avec un arrêt des aides chez 40,00 % des patients en HAD et un maintien de celles-ci chez 60,00 % d'entre eux ($p=1,00$). Parmi les patients pris en charge par un PSAD, 40,00 % ont eu un arrêt ou une diminution des soins à domicile et 60,00 % ont eu un maintien ($p=0,57$).

D'autre part, le statut PCR vis-à-vis du SARS-Cov-2 n'a pas montré d'impact significatif, 50,00 % des patients testés positivement ont eu un arrêt ou une diminution des aides et 50,00 % n'ont pas eu de modification ($p=0,25$).

Un arrêt de la réalisation d'un acte technique habituellement réalisé par un professionnel à domicile a été mis en évidence chez 48,48 % des patients (Tableau 10). Ces tâches étaient représentées par les travaux ménagers pour 12 patients, par les soins d'hygiène pour 4 patients, par la préparation des repas et les courses pour 2 patients. L'arrêt des soins techniques en lien avec une nutrition artificielle ou une hydratation concernait un patient, celui en lien avec les soins de plaie un patient, celui en lien avec des soins de stomie ou de sonde urinaire deux patients et celui en lien avec la dispensation des traitements un patient. Ces tâches ont dû être réalisées par la famille dans 62,50 % des cas, par le patient lui-même dans 18,75 % des cas et par les deux dans 18,75 % des cas.

Discussion

Notre étude, réalisée au cours de la période de confinement, a permis de mesurer l'impact de l'épidémie de la COVID-19 sur la prise en charge à domicile. Près des deux tiers de nos patients ont subi une modification de leurs aides à domicile dont un arrêt complet du passage d'un professionnel à domicile pour 40,00 % d'entre eux, une diminution pour 10,00 % d'entre eux et un changement en termes de qualité d'un acte sans changement de fréquence pour 33,33 % d'entre eux. Des différences significatives ont été retrouvées pour plusieurs populations, plus touchées par ces modifications, à savoir les patients de statut OMS 3 et 4, les femmes, les patients vivants seuls et ceux atteints d'un handicap moteur.

Description de la population étudiée

Dans la population étudiée, on retrouve une prédominance féminine (54,00 %) et un âge moyen de 65,48 ans (66,28 ans chez les hommes et 64,79 ans chez les femmes). Les femmes représentent en France, près de 52 % des patients suivis pour un cancer. L'âge moyen du diagnostic de la maladie en France chez les hommes est de 68 ans et de 67 ans chez les femmes (1)(23). La population étudiée était donc plus féminine et légèrement plus jeune que la population générale des patients suivis pour un cancer en France. Cela peut s'expliquer par un biais de recrutement en lien avec la forte implication des CLCC dans la prise en charge des cancers gynécologiques et du sein (24). D'autre part, la prise en charge des cancers chez les personnes âgées vise le contrôle de la maladie tout en maintenant une qualité de vie en faisant appel à des thérapeutiques moins toxiques (hormonothérapie, thérapie ciblée, soins de support exclusifs). Ainsi la prise en charge des patients gériatriques privilégie les hôpitaux de proximité ou les équipes mobiles en alternative à une prise en charge au sein des CLCC ou des CHU (25). Pour finir, dans le cadre de notre étude, lors du confinement, les personnes

âgées étant souvent plus fragiles, leurs venues à l'HDJ SSA étaient reportées dès que possible en accord avec les recommandations de l'InCa (15).

En France, les cancers du sein, de la prostate, les cancers colorectaux et les cancers du poumon sont les plus fréquents (1). Dans notre étude, les cancers les plus représentés étaient les cancers digestifs, les cancers du sein et les cancers gynécologiques. Aucun patient suivi pour un cancer pulmonaire n'a été inclus. Cette différence peut s'expliquer par le recrutement des patients.

Les patients de notre étude présentaient pour la plupart un cancer à un stade avancé puisque 68,00 % d'entre eux étaient métastatiques et 32,00 % avaient un statut OMS supérieur ou égal à 3. D'autre part, 67,00 % des patients relevaient d'une prise en charge palliative et 16,00 % de soins de support exclusifs. Une étude réalisée en 2016 dans le service d'HDJ de soins de support du CLCC Paul Strauss, devenu l'ICANS après fusion avec des services du CHU en 2020, montrait que 72,7 % des patients présentaient un score OMS supérieur ou égal à 3 (26). De même, 66,9 % des patients relevaient d'une prise en charge palliative et 24,3 % de soins de support exclusifs. Cette différence avec notre population peut être expliquée par un recrutement différent lors de la période de confinement. En accord avec les recommandations de la SFAP, les séjours des patients les plus fragiles ont été reportés et seules les venues indispensables ont été maintenues. Ainsi les séjours de répit ont été annulés chaque fois que possible (20).

Services et soins à domicile en France et au sein de la population étudiée

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2017 décrit de nombreuses lacunes du système de soins pour la prise en charge et l'accompagnement des fins de vie à domicile. Le risque d'une absence ou d'une insuffisance de recours aux soins palliatifs existerait pour plus de 75 % des personnes en nécessitant. Ceci serait expliqué par des lacunes dans l'offre de soins à domicile, obligeant les patients à s'appuyer sur des réseaux

« informels » notamment la nuit, les week-end et durant les périodes de congés où la délivrance des soins se complexifie (27). Le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie a été créé avec pour objectif principal de développer les prises en charge au domicile (28).

Les soins à domicile regroupent différents actes et services médicaux et paramédicaux assurés par des professionnels à domicile. Le médecin établit un protocole des soins qui seront réalisés sur prescription médicale par différents intervenants (infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants...) et remboursés par l'Assurance Maladie. D'autres services à la personne à domicile, comme l'aide-ménagère, peuvent être pris en charge par des aides financières telles que l'allocation pour l'autonomie (APA) ou grâce à des aides communales.

En soutien des interventions de professionnels à domicile, le proche aidant joue un rôle central dans le maintien à domicile. Il est défini par l'Association française de soins oncologiques de support (AFSOS) comme « la personne non professionnelle venant en aide de manière régulière et fréquente pour accomplir tout ou partie des actes et activités de vie quotidienne » (29). Le cinquième rapport de la Ligue contre le cancer révèle qu'un Français sur dix aiderait un proche atteint de cancer (30).

Par ailleurs, six aidants sur dix continuent d'exercer une activité professionnelle en parallèle. Cela s'accompagne d'un engagement financier mais aussi de conséquences psychologiques (31). Une enquête de la Maison des aidants, association leur venant en aide, a montré que le principal souhait des aidants est d'être considérés comme des partenaires de soins par le personnel soignant (32). Les aidants constituent ainsi des acteurs indispensables du maintien au domicile.

La population étudiée présentait une forte proportion d'aides à domicile : 90,00 % des patients bénéficiaient du passage d'au moins un professionnel à domicile. En effet, les patients suivis en HDJ SSA, ont pour la plupart une maladie au stade métastatique, relevant d'une prise en charge palliative, avec un statut OMS élevé et nécessitant souvent des soins techniques

complexes. Ainsi, 100,00 % des patients OMS 4 et 85,70 % des patients OMS 3 bénéficiaient d'un passage de professionnel à domicile, mais aussi l'intégralité des patients ayant une pompe PCA, une nutrition artificielle ou encore une stomie. Dans la population étudiée, 69,00 % des patients bénéficiaient du passage infirmier à domicile, ces derniers représentant les premiers intervenants en proportion à domicile. Les soins infirmiers étant l'un des maillons principaux des soins à domicile, pendant la pandémie et afin d'éviter toute interruption de soins préjudiciable, la validité des ordonnances de soins a pu être prolongée (33). L'Ordre national des infirmiers a rappelé qu'en accord avec le code de déontologie la continuité des soins devait être la règle, y compris durant cette période. En parallèle, un suivi infirmier renforcé à domicile était recommandé pour les patients atteints par la COVID-19.

D'autre part, 5,00 % de nos patients étaient en HAD. En France, 128 000 patients bénéficient de l'HAD où les patients relevant d'une prise en charge palliative représentent 28 % des journées d'hospitalisation. De même 6 % des séjours en HAD sont représentés par des chimiothérapies ou des suivis post-chimiothérapie, 8 % par de la nutrition artificielle et 3 % par la prise en charge de la douleur (34). L'HAD permet de bénéficier de soins techniques à domicile avec une astreinte téléphonique. D'après différentes études réalisées, le vécu de l'HAD pour le patient et son entourage est souvent mitigé. Certains y trouvent un moyen de répit et de soulagement, en plus de l'avantage financier. D'autres rapportent une prise en charge envahissant le domicile, de par le nombre d'intervenants mais aussi par la présence de matériel médical parfois encombrant, dénaturant le domicile (35) (36).

Les PSAD permettent la mise à disposition de dispositifs médicaux afin d'assurer le maintien à domicile en facilitant la mise en œuvre des traitements ambulatoires. Ils prennent ainsi en charge 2 millions de patients en France. Dans notre étude, 15,00 % de nos patients bénéficiaient du passage d'un PSAD. L'Union des prestataires de santé à domicile indépendants dénombre 25 000 patients pris en charge pour une prestation de nutrition entérale ou parentérale ce qui représente dans cette étude la majorité des soins accomplis par les PSAD (37).

Le médecin traitant, par la réalisation de VAD, est aussi un allié du maintien à domicile. Depuis 2002, des réformes budgétaires visent à diminuer les VAD en encadrant les conditions de réalisation et les patients éligibles et en jouant sur le remboursement de l'acte. Mais au total, elles représentaient d'après le rapport de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques de 2012, 12 % du nombre total des actes effectués en médecine générale (38). Le médecin traitant joue alors un rôle double, à la fois de soin pour le malade et de soutien de l'aidant. Dans notre étude 68 % des patients bénéficiaient du passage régulier du médecin traitant à domicile.

Ainsi depuis le début des années 2000, le retour précoce et le maintien des patients à domicile est une solution encouragée par le Ministère de la Santé afin d'améliorer l'efficacité de notre système de santé et de palier aux problèmes économiques et démographiques français (39). L'engagement des aidants est alors plus que nécessaire. Cette aide apportée aux proches en perte d'autonomie est longtemps restée confinée au domaine du privé comme une affaire strictement familiale. Du fait des changements sociétaux et d'une articulation parfois difficile avec la vie familiale et professionnelle, les tâches autrefois réalisées par les aidants semblent aujourd'hui souvent externalisées vers les professionnels. Cependant, même si l'offre de soins est riche, en pratique le maintien à domicile reste difficile et la dépendance vis-à-vis des aidants une réalité.

C'est dans ce contexte qu'est survenue la pandémie liée à la COVID-19. Dans l'une des régions les plus touchées de France, son impact sur l'organisation des soins à domicile a été préoccupant, comme nous l'avons montré dans cette étude.

L'impact de la pandémie sur le domaine de l'oncologie

Au début de notre étude, les données concernant les patients atteints de la COVID-19 et de cancers étaient peu nombreuses. C'est dans cette situation floue, face à une maladie inconnue et une situation sanitaire complexe et hétérogène que les sociétés savantes ont dû émettre

des recommandations dans l'urgence (40)(41). Les premiers résultats des études s'intéressant à la COVID-19 chez les patients atteints de cancer s'opposaient. Tout d'abord une étude de cohorte multicentrique (USA, Canada, Espagne) sur 1000 patients ayant un cancer et une infection à SARS-Cov-2 publiée le 28 mai 2020 dans le *Lancet Oncology* montrait une mortalité à 30 jours plus élevée chez les patients atteints de cancer (42). De même, une étude publiée dans la revue *Cancer Discovery* en juin 2020, mettait en évidence une évolution plus grave chez les patients ayant des métastases notamment pulmonaires, un cancer pulmonaire ou une maladie hématologique, ainsi que chez les patients sous immunothérapie, chimiothérapie ou en sortie de chirurgie (43). Seule une étude publiée en mai 2020 dans *Annals of Oncology* sur une cohorte de 334 patients suivis pour un cancer (seins, prostate, poumon, urothélial, et colon) ne retrouvait pas de différence significative en terme de mortalité en comparaison aux patients non atteints de cancers (44).

Quelques études visant à montrer les conséquences du confinement sur la maladie ont été réalisées. Ainsi, l'association Actions Croisées qui travaille pour harmoniser le parcours patient en oncologie, a réalisé une enquête de mai à juillet 2020, par auto-questionnaires, afin d'évaluer l'impact du confinement sur le ressenti des patients vis-à-vis de leur maladie. Elle montre une majoration du stress, de l'anxiété et de la fatigue. Un arrêt de la pratique d'une activité physique adaptée est retrouvé chez 57,1 % des patients, ainsi qu'une modification du programme de consultation dans 24,2 % des cas avec notamment des adaptations des protocoles de soins (45). L'activité physique adaptée a d'ailleurs été stoppée au sein de l'HDJ SSA jusqu'à la fin de l'année 2020.

Par ailleurs, l'Institut Gustave Roussy a développé un modèle mathématique de simulation pour évaluer objectivement les impacts de la pandémie de COVID-19 sur l'organisation des soins de cancérologie et les conséquences en termes de pronostic liées aux décalage et modifications des prises en charge. Les résultats montrent que les venues plus tardives dans les centres de soins pour recevoir leurs traitements et les retards au diagnostic pourraient se traduire par une augmentation de la mortalité par cancer entre 2 et 5 % à 5 ans, mais aussi

par une dégradation de l'état physique responsable de changements de pronostic majeurs (46).

L'impact de la pandémie sur les soins à domicile

Cependant, à notre connaissance, aucune étude jusqu'à présent ne s'est intéressée aux conséquences de la COVID-19 sur le suivi des patients à domicile. Pourtant, de nombreux articles de presse ont donné la parole aux aidants, mettant en lumière un sentiment d'abandon et de détresse. Plusieurs témoignages rapportent des sorties d'hospitalisation prématurées, des retours à domicile non anticipés, une désorganisation des soins à domicile avec un arrêt ou une diminution du passage des professionnels (47) (48). C'est devant des récits similaires et l'absence de données scientifiques que nous avons décidé de réaliser cette étude, dans l'urgence de la crise sanitaire.

Nous avons ainsi pu montrer que les arrêts de soins à domicile ou les diminutions de fréquences de passages ont concerné une forte proportion de nos patients. Il s'agissait pourtant d'une population fragile dans son ensemble pour qui les soins à domicile sont capitaux. De plus les sous-groupes les plus touchés par ces arrêts sont également les plus fragiles, comme les patients vivant seuls, les patients ayant un score OMS supérieur ou égal à 3 et ceux présentant un handicap moteur.

Ces données soulignent les inégalités face aux conséquences de la crise sanitaire et invitent à porter une attention particulière aux populations les plus précaires. Pourtant, les recommandations des sociétés savantes et des ordres professionnels étaient unanimes sur la nécessité d'une attention et d'une surveillance particulières aux personnes les plus fragiles (9) (13).

Avec 64,44 % des patients ayant été impactés par la pandémie dans leur prise en charge à domicile, une nouvelle organisation a dû être mise en place. Les tâches habituellement

réalisées par des professionnels se sont donc reportées sur le patient lui-même dans 37,50 % des cas et par un proche aidant dans la grande majorité des cas (81,25 %). Cette réorganisation des soins brutale a souvent été associée à une incompréhension et une insatisfaction de la part des patients et des proches. C'est face à cette pandémie d'évolution imprévisible que les soignants ont dû s'organiser en accord avec les nouvelles recommandations émises en urgence.

L'arrêt des soins a été un moyen de protéger les patients les plus fragiles, en évitant les allers et venues, et réduisant donc le risque de contamination. Mais ces arrêts sont aussi liés à des soignants libéraux débordés par l'ampleur de la pandémie, à des sorties d'hospitalisation prématurées faute de place ou encore à des contraintes matérielles (dotation hebdomadaire en masques FFP2 trop faible, manque de surblouse...). Ceci a donné lieu à des passages de relais entre professionnels et patients ou aidants, pour des soins pouvant être réalisés sans compétence particulière. La disponibilité accrue des aidants familiaux en rapport avec la fermeture des activités non essentielles ou avec la mise en place du télétravail a aussi pu favoriser ce report de tâche. Certains gestes plus techniques tels que des nutrition entérales ont aussi été réalisés par les patients ou leurs aidants, donnant lieu à une transmission de compétences répondant à une nécessité dans ce contexte, mais pouvant permettre par la suite un gain d'autonomie pour les patients. La transmission des connaissances et l'éducation thérapeutique offrent au malade une meilleure compréhension de sa maladie et de ses traitements. Ceci a rendu le patient acteur de ses soins et pourra donner lieu par la suite à une probable évolution des pratiques. Cela rend compte aussi de la place centrale de l'aidant dans le maintien à domicile, motivant des modifications du système de santé avec notamment la mise en place d'un congé proche aidant indemnisé en vigueur depuis octobre 2020 (49).

L'impact de la pandémie sur les soignants

Mais au-delà du sentiment d'abandon ressenti par les patients, l'intensité de la pandémie de COVID-19 a été une source de tension éthique sans précédent pour les professionnels de santé. Comme l'exprime le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), bon nombre de professionnels se retrouvait dans un « dilemme : se dévouer pour soigner, avec le risque pour soi-même et les autres d'être infecté par le soin que l'on prodigue » (50). Au-delà de la difficulté pour chaque intervenant de soigner l'autre sans se mettre soi-même en danger, une autre tension se présentait vis-à-vis des soignés eux-mêmes que les soins pouvaient mettre en danger. Il existe ainsi une mise en conflit entre la volonté de bienfaisance liée à la réalisation de soins nécessaires et la volonté de ne pas nuire avec le risque de contamination de la personne aidée. Ce climat anxiogène pour les soignants a eu des conséquences psychologiques majorant le risque d'addiction, d'épuisement, de dépression et de stress post traumatique (51).

Cette anxiété est aussi liée à l'incertitude présente dans les soins, face à un virus dont on ne connaît que peu de choses et une littérature scientifique pauvre à ce sujet. Le monde médical a été face à une situation échappant à la norme, à la rationalité scientifique et donc à la médecine fondée sur les faits (*Evidence-Based Medicine*). Ne pas savoir est une position difficile à tenir, surtout lorsqu'il s'agit de décider et de faire des choix, pouvant déstabiliser les soignants. Mais cette incertitude impose une réflexion avant l'action, invite à argumenter ses choix et facilite l'interdisciplinarité.

Si les constats de notre étude sont édifiants avec ce que l'on pourrait prendre comme un « abandon » à leur sort des plus vulnérables, il n'en reste pas moins que les soignants et le système de santé ont su s'adapter. On remarque ainsi une expansion sans précédent de la téléconsultation, mise en place chez 25,00 % de nos patients, représentant sur le territoire jusqu'à 27 % en moyenne de l'ensemble des consultations lors de la crise contre 1 % auparavant (52). Les kinésithérapeutes eux aussi encouragés à ne dispenser que les soins

urgents et essentiels, ont mis en place le télésoin en fournissant des vidéos d'exercices que le patient pouvait réaliser à domicile ou encore des conseils téléphoniques, du jamais vu auparavant (53). Les pharmaciens ont eu recours à des livraisons de médicaments au domicile, marginale auparavant et mise en place chez 19,51 % de nos patients qui n'en bénéficiaient pas. On remarque aussi une transmission de connaissances pour la réalisation des soins parfois techniques à domicile comme nous l'avons déjà vu précédemment pouvant permettre un gain d'autonomie pour le patient dans le futur.

Limites

Les limites de l'étude sont celles d'une étude observationnelle. Il existe tout d'abord un biais de mémorisation, propre aux études déclaratives, les patients étant interrogés oralement par l'un des investigateurs. Notre étude présente également un biais de sélection car elle a été réalisée pendant la période du confinement avec un profil de patients ne reflétant ni notre activité habituelle, ni la population générale de patients suivis pour un cancer. L'activité de notre HDJ a en effet dû s'adapter aux recommandations émises par la SFAP. Ainsi, la population étudiée est plus jeune et moins fragile que celle que nous suivons habituellement avec des besoins en aide à domicile probablement plus faibles. Par ailleurs, notre étude a été réalisée au cœur de la période de confinement dans une des régions les plus touchée par la pandémie à cette période, ce qui ne saurait permettre de généraliser les données retrouvées à l'ensemble du territoire français. La durée brève de la période étudiée ne nous a pas permis de recruter un effectif de patients suffisant pour obtenir des résultats robustes.

Pour finir, notre étude n'interroge pas les causes et les conséquences de cette diminution de soins à la fois pour les patients et pour leurs aidants. Elle ne permet pas de conclure à d'éventuels effets négatifs, notamment sur la qualité de vie des patients et de leurs aidants ou encore sur des retards de prises en charge médicale ou des hospitalisations non programmées qui auraient été induits. De plus, il n'est pas non plus possible de conclure que

cette diminution des soins aurait provoqué uniquement des effets négatifs. Notre étude montre en effet que certaines tâches d'habitude réalisées par des professionnels ont été réalisées par le patient. Dans le contexte de valorisation de l'*empowerment*, recommandé par l'OMS comme un objectif de santé publique, il est possible que le glissement de tâche généré se soit inscrit dans une logique d'autonomisation du patient. Des études complémentaires pourraient être envisagées mais leur réalisation tardive induirait un biais de mémorisation encore plus grand.

Conclusion

Notre étude montre un impact préoccupant du confinement et de l'épidémie de COVID-19 sur la réalisation des soins à domicile de patients atteints de cancer. En effet, 40,00 % de nos patients ont connu l'arrêt du passage d'un professionnel à domicile et 10,00 % une diminution de la fréquence des passages de professionnels à domicile. Une réorganisation des soins qui a été faite dans l'urgence en accord avec différentes recommandations de la part des sociétés savantes. Malgré ces recommandations émises par les différentes sociétés savantes, les ordres professionnels ou encore les comités d'éthique, le système de soins n'a pas réussi à protéger les plus fragiles lors de la crise sanitaire. Comme le montre notre étude, ils sont les plus durement touchés dans notre population : parmi nos 20 patients vivant seuls, 14 ont vu les soins à domicile arrêtés ou diminués et parmi nos 28 patients les moins autonomes, 18 ont aussi été dans cette situation. Des soins techniques ont donc dû être réalisés par les patients eux même dans 37,50 % des cas dans notre étude, mais surtout par les aidants familiaux dans 81,25 % des cas, soulevant la question de la reconnaissance de leur statut.

Au-delà de ce triste constat, notre étude montre également la mise en place rapide de nouvelles modalités de soins avec un recours à la téléconsultation chez 25,00 % des patients ou à la livraison de médicaments à domicile dans 19,51 % des cas. Cette flexibilité dont a fait part le système de soins a été possible grâce à l'engagement volontaire et déterminé des professionnels de la santé dans une période d'incertitude inédite. La téléconsultation et le télésoin, la livraison de produits de santé au domicile, l'apprentissage des gestes techniques aux patients ou aux aidants favorisant l'autonomie, sont autant de pistes à explorer et à valoriser, financièrement et socialement, dans le futur. La crise traversée invite à tirer les leçons de ce qui n'a pas fonctionné mais aussi de ce qui a été accompli et réussi. Dans ce sens notre étude trouve son intérêt dans la mise en évidence de points de vigilance du système de soins actuel afin de préparer à l'éventualité d'une nouvelle crise. Elle souligne l'importance

de veiller à l'accès aux soins des populations les plus vulnérables et de valoriser le *care* au même titre que le *cure* afin que les soins à domicile, même non médicaux, ne soient pas délaissés en temps de crise.

Tableaux et figures

Tableau 1. Description de l'échantillon

	Échantillon total (n = 100)	Intervenants à domicile (n = 90)	Sans intervenants à domicile (n=10)	P value
Caractéristiques démographiques				
Genre				
<i>Homme</i>	46	44 (95,65 %)	2 (4,35 %)	0,10
<i>Femme</i>	54	46 (85,15 %)	8 (14,81 %)	
Âge (années) (moyenne ± écart type)	65,48 (±13,41)	65,77 (±13,35)	62,90 (±14,39)	0,52
Mode de vie				
<i>Vit en couple ou avec un proche</i>	77	70 (90,91 %)	7 (9,09 %)	0,43
<i>Vit seul</i>	23	20 (89,96 %)	3 (13,04 %)	
Lieu de vie				
<i>APL >= 4 c/an/hab</i>	66	57 (89,36 %)	9 (13,64 %)	0,16
<i>APL < 4 c/an/hab</i>	34	33 (97,06 %)	1 (2,94 %)	
Type d'intervenants à domicile				
HAD	5	5 (100,00 %)	NC	NC
Prestataires	15	15 (100,00 %)	NC	NC
Libéraux	90	90 (100,00 %)	NC	NC
Caractéristiques médicales				
État général				
<i>OMS 1</i>	13	13 (100,00 %)	0 (0,00 %)	0,68
<i>OMS 2</i>	55	49 (89,09 %)	6 (10,91 %)	
<i>OMS 3</i>	28	24 (14,29 %)	4 (85,71 %)	
<i>OMS 4</i>	4	4 (100,00 %)	0 (0,00 %)	
Primitif				
<i>Cérébral</i>	1	1 (100,00 %)	0 (0,00 %)	0,21
<i>Digestif</i>	25	20 (80,00 %)	5 (20,00 %)	
<i>Gynécologique</i>	15	14 (93,33 %)	1 (6,67 %)	
<i>Hématologique</i>	12	10 (83,33 %)	2 (16,67 %)	
<i>Inconnu</i>	2	1 (50,00 %)	1 (50,00 %)	
<i>ORL</i>	14	14 (100,00 %)	0 (0,00 %)	
<i>Urologique</i>	10	10 (100,00 %)	0 (0,00 %)	
<i>Sarcome</i>	1	1 (100,00 %)	0 (0,00 %)	
<i>Sein</i>	20	19 (95,00 %)	1 (5,00 %)	
Métastases	68	62 (91,18 %)	6 (8,82 %)	
<i>Cérébrale</i>	5	4 (80,00 %)	1 (20,00 %)	0,38
<i>Hépatique</i>	28	28 (100,00 %)	0 (0,00 %)	0,04
<i>Péritonéale</i>	10	8 (80,00 %)	2 (20,00 %)	0,21
<i>Pulmonaire</i>	22	20 (90,91 %)	2 (9,09 %)	1,00
<i>Osseuse</i>	36	33 (91,67 %)	3 (8,33 %)	1,00
Projet de soins				
<i>Curatif</i>	17	15 (88,24 %)	2 (11,76 %)	1,00
<i>Palliatif</i>	67	60 (89,55 %)	7 (10,45 %)	
<i>Soins de support exclusifs</i>	16	15 (93,75 %)	1 (6,25 %)	
Comorbidités	48	44 (91,67 %)	4 (8,33 %)	0,74
<i>Diabète</i>	17	15 (88,24 %)	2 (11,76 %)	0,60
<i>Handicap moteur</i>	4	4 (100,00 %)	0 (0,00 %)	1,00
<i>Hypertension artérielle</i>	33	31 (93,94 %)	2 (6,06 %)	0,59
<i>Insuffisance cardiaque</i>	12	11 (91,67 %)	1 (8,33 %)	1,00
<i>Insuffisance rénale</i>	5	5 (100,00 %)	0 (0,00 %)	1,00
<i>Insuffisance respiratoire</i>	3	3 (100,00 %)	0 (0,00 %)	1,00
Traitement en cours				
<i>Chimiothérapie</i>	74	67 (90,54 %)	7 (9,46 %)	0,72
<i>Radiothérapie</i>	13	12 (92,31 %)	1 (7,69 %)	1,00
<i>Transfusions</i>	33	30 (90,91 %)	3 (9,09 %)	1,00

<i>Pompe PCA</i>	8	8 (100,00 %)	0 (0,00 %)	1,00
<i>Nutrition artificielle</i>	10	10 (100,00 %)	0 (0,00 %)	0,59
<i>Stomies</i>	6	6 (100,00 %)	0 (0,00 %)	1,00
<i>Ponctions itératives</i>	10	7 (70,00 %)	3 (30,00 %)	0,06
Statut PCR Covid-19				
<i>Non testé</i>	88	79 (89,77 %)	9 (10,23 %)	1,00
<i>Négatif</i>	8	7 (87,50 %)	1 (12,50 %)	
<i>Positif</i>	4	4 (100,00 %)	0 (0,00 %)	

Tableau 2. Modifications des interventions à cause de la COVID-19

Patients bénéficiant d'aide à domicile par un professionnel	n = 90
Arrêt et/ou diminution du passage d'un professionnel à domicile en raison de la COVID-19	n = 42 (46,67 %)
Diminution du passage d'un professionnel à domicile en raison de la COVID-19	n = 9 (10,00 %)
Arrêt du passage d'un professionnel à domicile en raison de la COVID-19	n = 36 (40,00 %)
Modification en qualité sans changement de fréquence pour un acte habituellement réalisé à domicile par un professionnel en raison de la COVID-19	n = 30 (33,33 %)
Total des patients ayant subi une modification d'aide à domicile en raison de la COVID-19	n = 58 (64,44 %)

*3 patients ont connu un arrêt et une diminution du passage d'un professionnel à domicile

Tableau 3. Modification des passages du médecin traitant à domicile

Avant la mise en place du confinement	n = 68
Pas de changement lors du confinement	n = 44 (64,71 %)
Augmentation fréquence de passage	n = 0 (0 %)
Diminution fréquence de passage	n = 2 (2,94 %)
Arrêt des passages à domicile sans recours à la téléconsultation	n = 5 (7,35 %)
Mise en place de la téléconsultation	n = 17 (25,00 %)

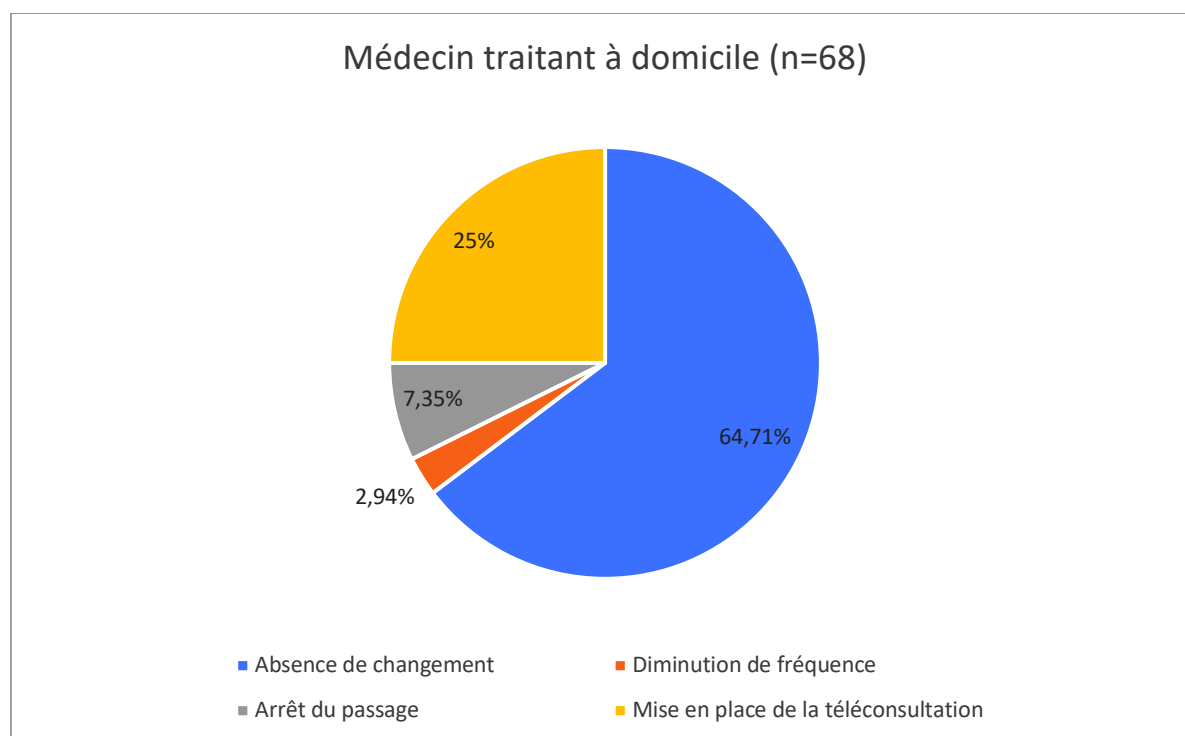


Tableau 4. Modification des passages infirmiers à domicile

Avant la mise en place du confinement	n = 69
Pas de changement lors du confinement	n = 56 (81,16 %)
Augmentation fréquence de passage	n = 0 (0,00 %)
Diminution fréquence de passage	n = 6 (8,70 %)
Arrêt des passages à domicile	n = 7 (10,14 %)

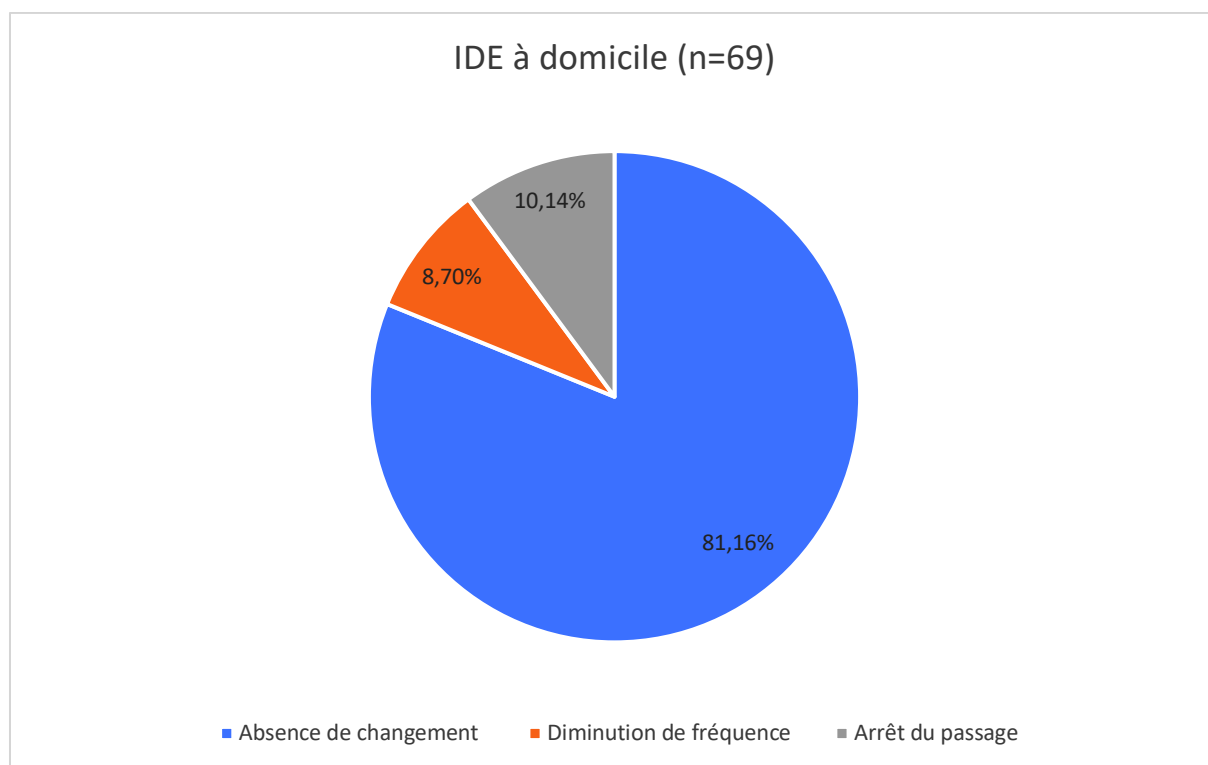


Tableau 5. Modification des passages des kinésithérapeutes à domicile

Avant la mise en place du confinement	n = 29
Pas de changement lors du confinement	n = 1 (3,45 %)
Augmentation fréquence de passage	n = 0 (0,00 %)
Diminution fréquence de passage	n = 1 (3,45 %)
Arrêt des passages à domicile	n = 26 (89,65 %)
Mise en place du télésoins	n = 1 (3,45 %)

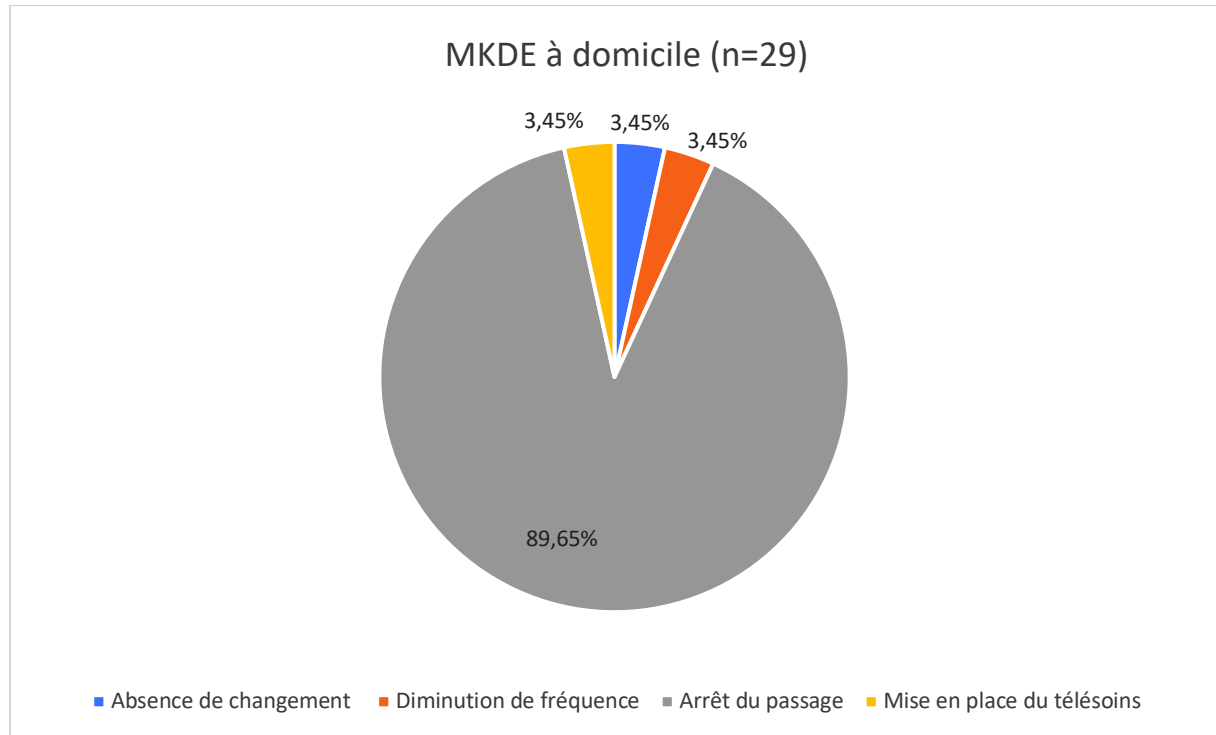
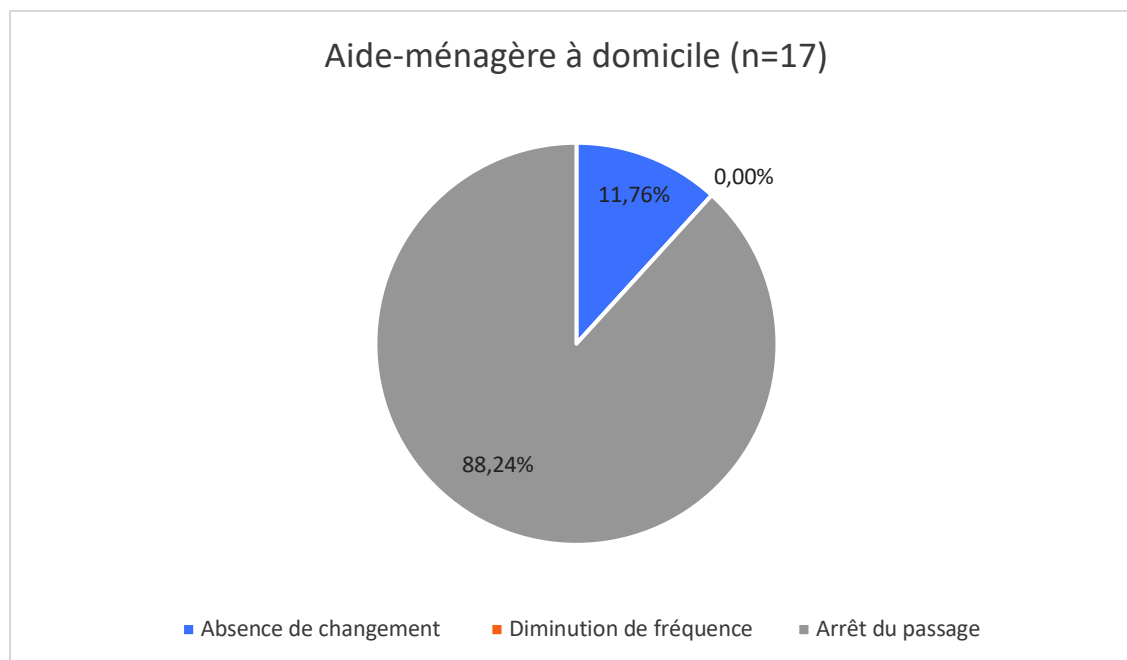


Tableau 6. Modification du passage des aide-ménagères à domicile

Avant la mise en place du confinement	n = 17
Pas de changement lors du confinement	n = 2 (11,76 %)
Diminution fréquence de passage	n = 0 (0,00 %)
Arrêt des passages à domicile	n = 15 (88,24 %)

**Tableau 7. Modification du passage des auxiliaires de vie à domicile**

Avant la mise en place du confinement	n = 4
Pas de changement lors du confinement	n = 0 (0,00 %)
Diminution fréquence de passage	n = 0 (0,00 %)
Arrêt des passages à domicile	n = 4 (100,00 %)

Tableau 8. Modification des modalités de dispensation par les pharmacies

Livraison à domicile avant la mise en place du confinement	n = 18
Poursuite des livraisons à domicile	n = 16 (88,89 %)
Arrêt des livraisons à domicile	n = 2 (11,11 %)
Pas de livraisons à domicile avant le confinement	n = 82
Mise en place de la livraison à domicile pendant le confinement	n = 16 (19,51 %)

Tableau 9. Diminution ou arrêt des passages des professionnels à domicile en lien avec la COVID-19

	Intervenants à domicile (n = 90)	Arrêt ou diminution en lien avec la COVID-19 (n=42)	Maintien des aides à domicile à l'identique ou changement de modalités (n=48)	P value
Caractéristiques démographiques				
<i>Genre</i>				
<i>Homme</i>	44	14 (31,82 %)	30 (68,18 %)	0,01
<i>Femme</i>	46	28 (60,87 %)	18 (39,13 %)	
Âge (années) (moyenne ±écart type)	65,77 (±13,35)	66,05 (± 14.00)	65,50 (± 12.91)	0.97
<i>Mode de vie</i>				
<i>Vit en couple ou avec un proche</i>	70	28 (40,00 %)	42 (60,00 %)	0,01
<i>Vit seul</i>	20	14 (70,00 %)	6 (30,00 %)	
<i>Lieu de vie</i>				
<i>APL >= 4 c/an/hab</i>	57	31 (54,39 %)	26 (45,61 %)	0,08
<i>APL < 4 c/an/hab</i>	33	11 (33,33 %)	22 (66,67 %)	
Type d'intervenants				
<i>HAD</i>	5	2 (40,00 %)	3 (60,00 %)	1,00
<i>Prestataires</i>	15	6 (40,00 %)	9 (60,00 %)	0,57
<i>Libéraux</i>	90	42 (46,67 %)	48 (53,33 %)	1,00
Caractéristiques médicales				
<i>État général</i>				
<i>OMS 1</i>	13	2 (15,38 %)	11 (84,62 %)	0,02
<i>OMS 2</i>	49	22 (44,90 %)	27 (55,10 %)	
<i>OMS 3</i>	24	15 (62,50 %)	9 (37,50 %)	
<i>OMS 4</i>	4	3 (75,00 %)	1 (25,00 %)	
<i>Primitif</i>				
<i>Cérébral</i>	1	0 (0,00 %)	1 (100,00 %)	0,91
<i>Digestif</i>	20	8 (40,00 %)	12 (60,00 %)	
<i>Gynécologique</i>	14	7 (50,00 %)	7 (50,00 %)	
<i>Hématologique</i>	10	5 (50,00 %)	5 (50,00 %)	
<i>Inconnu</i>	1	1 (100,00 %)	0 (0,00 %)	
<i>ORL</i>	14	6 (42,86 %)	8 (57,14 %)	
<i>Urologique</i>	10	4 (40,00 %)	6 (60,00 %)	
<i>Sarcome</i>	1	0 (0,00 %)	1 (100,00 %)	
<i>Sein</i>	19	11 (57,89 %)	8 (42,11 %)	
<i>Métastases</i>	62	31 (50,00 %)	31 (50,00 %)	
<i>Cérébrale</i>	4	2 (50,00 %)	2 (50,00 %)	1,00
<i>Hépatique</i>	28	14 (50,00 %)	14 (50,00 %)	1,00
<i>Péritonéale</i>	8	5 (62,50 %)	3 (37,50 %)	0,71
<i>Pulmonaire</i>	20	12 (60,00 %)	8 (40,00 %)	0,28
<i>Osseuse</i>	33	16 (48,48 %)	17 (51,52 %)	0,80
<i>Projet de soins</i>				
<i>Curatif</i>	15	6 (40,00 %)	9 (60,00 %)	0.23
<i>Palliatif</i>	60	26 (43,33 %)	34 (56,67 %)	
<i>Soins de support exclusifs</i>	15	10 (66,67 %)	5 (33,33 %)	
<i>Comorbidités</i>	44	17 (38,64 %)	27 (61,36 %)	0,14
<i>Diabète</i>	15	8 (53,33 %)	7 (46,67 %)	0,20
<i>Handicap moteur</i>	4	4 (100,00 %)	0 (0,00 %)	0,02
<i>Hypertension artérielle</i>	31	9 (29,03 %)	22 (70,97 %)	0,03
<i>Insuffisance cardiaque</i>	11	5 (45,45 %)	6 (54,55 %)	0,73
<i>Insuffisance rénale</i>	5	2 (40,00 %)	3 (60,00 %)	1,00
<i>Insuffisance respiratoire</i>	3	2 (66,67 %)	1 (33,33 %)	0,55
Traitement en cours				
<i>Chimiothérapie</i>	67	28 (41,79 %)	39 (58,21 %)	0,11
<i>Radiothérapie</i>	12	4 (33,33 %)	8 (66,67 %)	0,32

<i>Transfusions</i>	30	13 (43,33 %)	17 (56,67 %)	0,65
<i>Pompe PCA</i>	8	4 (50,00 %)	4 (50,00 %)	1,00
<i>Nutrition artificielle</i>	10	4 (40,00 %)	6 (60,00 %)	0,75
<i>Stomies</i>	6	3 (50,00 %)	3 (50,00 %)	1,00
<i>Ponctions itératives</i>	7	6 (85,71 %)	1 (14,29 %)	0,05
Statut Covid-19				
<i>Non testé</i>	79	39 (49,37 %)	40 (50,63 %)	0,25
<i>Négatif</i>	7	1 (14,29 %)	6 (85,71 %)	
<i>Positif</i>	4	2 (50,00 %)	2 (50,00 %)	

Tableau 10. Arrêt des actes techniques et relais

	n = 33
Arrêt de la réalisation d'une tâche habituellement réalisé par un professionnel à domicile	n = 16 (48,48 %)
Relai par le patient	n = 3 (18,75 %)
Relai par la famille	n = 13 (81,25 %)
Relais par la famille et le patient	n = 3 (18,75 %)

CONCLUSION

Cette étude a été réalisée dans un contexte exceptionnel, sur une courte période dans les suites immédiates des annonces de confinement. Elle a permis de rendre compte des difficultés au pic de la crise, découlant directement des mesures prises en urgence et du manque de préparation face à une telle pandémie inédite.

Nous avons ainsi pu montrer un impact important du confinement sur le maintien des soins à domicile des patients que nous suivions en HDJ SSA. Malgré les recommandations émises par les différentes sociétés savantes, les ordres professionnels ou encore les comités d'éthique, près des deux tiers de nos patients ont subi une modification de leurs aides à domicile. Parmi ces modifications un arrêt complet du passage d'au moins un professionnel à domicile a concerné 40,00 % d'entre eux et une diminution de la fréquence du passage 10,00 % d'entre eux.

Au sein de l'HDJ SSA, le constat de cette étude a permis de tirer les enseignements de la gestion des soins lors du premier confinement. Ainsi, pendant le second confinement, du 30

octobre au 15 décembre 2020, les mesures ont été adaptées. Les séjours pour des évaluations globales ou des répités des aidants ont été maintenus et les évaluations téléphoniques limitées.

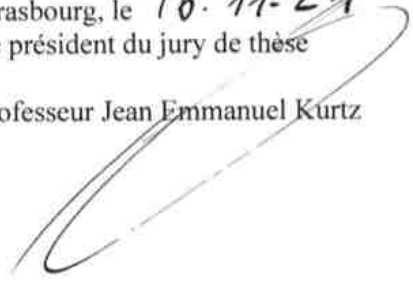
Sur le plan oncologique, un comité national « cancer et Covid » a été créé, traitant du rattrapage de l'activité. Les recommandations émises en octobre 2020, encouragent la poursuite des soins, tout en favorisant les alternatives ambulatoires et en encourageant le développement de la téléconsultation.

La littérature concernant les aides à domicile lors du premier confinement est encore pauvre et nous n'avons pas trouvé d'études similaires. Une comparaison de l'impact sur les soins à domicile lors du premier et du second confinement permettrait d'évaluer si des enseignements ont été tirés de ces premiers constats. En pratique, nous avons constaté moins de difficultés lors du second confinement mais il serait intéressant de l'objectiver. Le système de soin, porté par des soignants volontaires et solidaires a su se réorganiser rapidement et répondre à des problématiques nouvelles. Les aidants, réels piliers de la prise en charge à domicile ont été largement sollicités dans ce contexte d'urgence sanitaire. Cette situation leur apportant une meilleure visibilité, un congé proche aidant indemnisé est entré en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2020.

Cela fait aujourd'hui plus d'un an que nous vivons et nous adaptons à la COVID-19. Cette situation inédite, initialement pensée comme temporaire, se prolonge et avec elle ses impacts sur le système de soins et les patients. Même si comme nous l'avons vu, la continuité des soins est désormais au centre de la gestion de la pandémie au niveau national, il reste primordial de porter une attention particulière à celle-ci, notamment pour les plus fragiles.

VU
Strasbourg, le 16. 11. 21
Le président du jury de thèse

Professeur Jean Emmanuel Kurtz



VU et approuvé
Strasbourg, le 17 NOV. 2021
Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Méthodologie détaillée

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective descriptive et monocentrique réalisée entre le 20 avril et le 15 mai 2020 au sein de l'HDJ SSA de l'ICANS.

Population cible :

Durant cette période, nous avons pu inclure l'ensemble des patients admis dans ce service. Les critères d'exclusion retenus étaient : la vie en institution car la présence des intervenants à domicile est inhérente au lieu de vie, les difficultés de compréhension ne permettant pas de répondre au questionnaire ou le refus du patient de participer.

Au total, 4 patients ont été exclus et nous avons pu recueillir les données de 100 patients.

Durant cette période, seules les hospitalisations indispensables étaient maintenues. La veille de chaque venue, une évaluation téléphonique était réalisée permettant de confirmer la nécessité d'une hospitalisation de jour.

Choix des variables :

- Renseignements généraux

Cette partie était complétée à l'aide du dossier médical pour recueillir le sexe et l'âge des patients. Le code postal, le mode de vie et la présence d'intervenants à domicile étaient complétés grâce à l'interrogatoire du patient.

Le lieu du domicile (code postal et nom de la ville ou du quartier) était recueilli puis divisé en deux catégories en fonction de l'APL définie par le nombre d'actes de médecine générale par an et par habitant en prenant comme borne le chiffre de 4 consultations / habitant / an.

Cette information est disponible sur le site de l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est. Une carte interactive existe et regroupe les différents lieux de domicile en trois catégories, « zone d'intervention prioritaire » avec un faible niveau d'accessibilité aux soins (< 2,5

consultations / habitant / an), « zones d'action complémentaire » (entre 2,5 et 4 consultations / habitant / an) et « zones hors vivier » caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante (> 4 consultations / habitant / an). Nous avons choisi la borne de 4 consultations par habitant par an qui est celle utilisée par les ARS pour l'attribution des aides à l'installation. Nous voulions via ce zonage, déterminer si l'impact du confinement était plus fort dans les zones avec une offre de soins moins importante.

Le mode de vie a été classé en deux catégories : « vit seul » ou « vit en couple ou avec un proche » (parents, enfants, membre de la famille autre ou un autre proche). L'intérêt était de déterminer si chez les patients vivant seuls, les passages à domicile étaient maintenus en priorité par rapport aux patients moins isolés.

Les intervenants à domicile étaient divisés en trois catégories pouvant se cumuler pour un même patient : les intervenants libéraux (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, aide-ménagères, auxiliaires de vie), les PSAD et les structures d'HAD. Le postulat était que le passage d'une structure de type HAD aurait un effet « protecteur » de l'impact du confinement sur le maintien des soins à domicile.

- Renseignements médicaux

Ces données ont été recueillies par la lecture du dossier médical (DX Care) et donc via les comptes rendus de consultations et d'hospitalisations.

Ces renseignements médicaux répertoriaient la localisation du cancer primitif classée en 10 catégories reprenant les différentes « filières » de l'organisation de l'ICANS (digestif, gynécologique, neurologique, ORL, pneumologique, sarcome, sénologique et urologique, hématologique) et une catégorie « primitif inconnu ». Si un patient pouvait relever de deux filières, nous avons sélectionné le primitif pour lequel le traitement était le plus lourd. Par

exemple un patient ayant une chimiothérapie pour un cancer du côlon et une hormonothérapie pour un cancer de la prostate, était enregistré comme ayant un primitif digestif.

D'autre part, la présence de métastases ainsi que leurs localisations étaient aussi étudiées et regroupées en 5 catégories (hépatique, pulmonaire, osseuse, cérébrale et péritonéale), qui sont les sites métastatiques les plus fréquents d'après le collège d'anatomie pathologique (54).

Le score OMS classé de 1 à 4 a été renseigné sur le questionnaire d'après le dossier médical et rectifié après l'examen clinique réalisé le jour de l'hospitalisation. Nous présumons que les patients les plus fragiles seraient moins impactés par l'arrêt des aides à domicile.

Le projet de soins était classé en trois catégories : curatif, palliatif et soins de supports exclusifs. A l'ICANS, le projet de soins doit être rempli systématiquement sur chacune des venues en consultation ou en hospitalisation, il apparaît donc sur le dossier médical de tous les patients. Un projet de soins curatif signifie que le patient reçoit des traitements en vue d'une guérison de la pathologie oncologique. Le projet de soins palliatifs regroupe les patients qui reçoivent des traitements dont l'objectif est d'allonger la durée de vie et d'améliorer la qualité de vie, mais qui ne sont plus susceptibles de les guérir. Les patients en soins de supports exclusifs reçoivent exclusivement des traitements dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie sans en allonger la durée.

Nous avons cité sept catégories de comorbidités choisies pour leur fréquence mais aussi pour leur impact potentiel sur la prise en charge médicale, notamment à domicile. Parmi elles, trois insuffisances d'organes (rénale, cardiaque, respiratoire), l'hypertension artérielle, le diabète et enfin l'existence d'un handicap moteur ou sensoriel. Afin de les répertorier, la ou les comorbidités devaient figurer dans les comptes rendus d'hospitalisations ou de consultations dans les « antécédents ».

Les traitements en cours étaient regroupés en deux catégories, traitements spécifiques et soins de supports. Parmi les traitements spécifiques, la catégorie « chimiothérapie » répondait à la définition large de la HAS à savoir : « la chimiothérapie correspond à l'usage de substances chimiques pour le traitement d'une maladie » (55). En ce sens, cette catégorie incluait les thérapies ciblées, les immunothérapies et les hormonothérapies. Les traitements de supports regroupaient le support transfusionnel (défini de manière arbitraire par au moins deux transfusions dans les deux mois précédents), la nutrition artificielle (entérale ou parentérale), les ponctions itératives notamment (ponction d'ascite ou pleurale), une PCA de morphine et la présence de soins de stomie (digestive, urologique ou ORL). Ces traitements sont ceux proposés en HDJ SSA. Ils sont réalisés chez des patients ayant souvent des soins à domicile techniques, nécessitant donc une bonne coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires.

Pour finir, le statut vis-à-vis du SARS-Cov-2 recensait les patients non testés, les patients testés et négatifs et les patients testés et positifs. Seuls les PCR réalisées sur frottis nasopharyngés étaient prises en compte.

- Types d'aides à domicile

Cette partie du questionnaire s'intéressait aux aides à domicile en place et à leur fréquence de passage avant et après la mise en place du confinement, afin de réaliser la comparaison et d'estimer l'impact du confinement.

Nous avons questionné les patients sur la présence à domicile d'infirmiers, de kinésithérapeutes, d'auxiliaires de vie, d'aide-ménagères, du médecin traitant en VAD, de la livraison de médicaments par les pharmacies. Pour les professions pouvant réaliser des télésoins, cette information était également recueillie. Nous interrogeons alors les patients sur

la présence de ces intervenants avant et après la mise en place du confinement et leur fréquence de passage. Pour les pharmacies d'officine, nous interrogeons les patients sur la mise en place de livraisons des médicaments à domicile pendant le confinement.

- Activités de la vie quotidienne

Nous avons sélectionné les actes de la vie quotidienne étudiés à partir de l'échelle ADL qui est une échelle d'évaluation de la dépendance. Elle permet de détecter si une personne a besoin d'aide humaine dans les gestes de base de la vie quotidienne en 6 items à savoir : alimentation, toilette, habillage, transferts, continence et utilisation des toilettes.

Nous nous sommes donc intéressés à 8 activités du quotidien qui sont la toilette, l'habillage, la continence, la locomotion et les repas qui font partie de l'échelle ADL, auxquelles nous avons ajouté les travaux ménagers et les courses. Le but étant de répertorier quelle personne réalisait chacune de ces activités au quotidien, avec trois réponses possibles : le patient lui-même, la famille ou un proche, ou un professionnel. Ici encore nous questionnions le patient sur la réalisation de chaque activité avant la mise en place du confinement et pendant ce dernier. L'objectif étant de déterminer s'il existait un glissement de tâches du professionnel vers l'aidant ou le patient suite au confinement. Ainsi, si certaines activités ou certains soins n'étaient plus réalisés par des professionnels, le patient était interrogé sur le maintien ou non de ces actes et sur la personne les ayant réalisés (lui-même, ses proches...).

Une partie concernait les soins plus techniques pouvant cependant être réalisés par les patients ou un proche : les soins liés à une nutrition entérale, les soins de stomie ou de sonde urinaire et les pansements. Nous avons exclu de notre recueil les soins techniques ne pouvant être réalisés que par un professionnel du soin à domicile (par exemple, la nutrition parentérale) car il ne peut y avoir de glissement de tâche.

Recueil des données :

Les données étaient recueillies le jour de l'hospitalisation. Le patient était informé oralement des objectifs de notre étude par l'investigateur. Le consentement était également recueilli oralement. Tout patient refusant de participer à cette étude n'a pas été interrogé. Les questionnaires étaient complétés grâce à l'interrogatoire des patients mais aussi à l'aide de son dossier médical et de son examen clinique.

Seuls deux investigateurs ont été impliqués dans le remplissage des questionnaires, le Dr Anna SCHOHN qui a dirigé ce travail et moi-même. Le questionnaire était complété de manière anonyme, sans aucun élément d'identification du patient sur le questionnaire.

Le même jour, les données ont été complétées dans un fichier Excel de manière anonyme sur un ordinateur sécurisé au sein de l'ICANS. Les questionnaires papiers étaient ensuite détruits après retranscription des données dans le tableur.

Analyse statistique :

Le tableur Excel une fois complété de l'ensemble des données recueillies a été analysé grâce au logiciel GMRC Shiny Stats de l'Université de Strasbourg.

Les variables qualitatives ont été exprimées par l'effectif et le pourcentage et les variables quantitatives décrites par la moyenne et l'écart type.

Les variables ont été analysées à l'aide de tests du Chi² lorsque l'effectif était suffisant ou par un test de Fisher dans le cas contraire. Le seuil de significativité retenu dans cette étude était une p-valeur inférieure à 0,05.

Les figures présentées dans cette thèse ont ensuite été réalisées via le tableur Excel.

L'intégralité de ces figures et des tableaux a été relue par des biostatisticiens du CHU de Strasbourg (Nicolas TUZIN, François SEVERAC).

Notre étude a reçu l'avis favorable du Comité d'éthique des hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Poster congrès de la SFAP septembre 2021

Impact du confinement sur la prise en charge à domicile des patients suivis à l'hôpital de jour de soins de support de l'Institut de Cancérologie Strasbourg Europe (ICANS)

Despinasse M, Schohn A, Bimboes A, Sirlin F, Chiappa P, Trenz P, Frasier V



INTRODUCTION

Avec l'instauration de l'état d'urgence sanitaire et les mesures de confinement nous avons constaté dans notre Hôpital de Jour (HDJ) de soins de support l'arrêt de certains soins à domicile pour nos patients.

METHODE

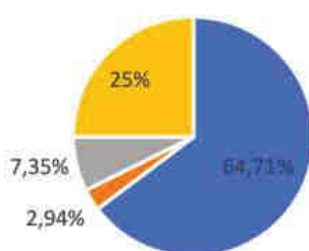
Cette étude observationnelle descriptive monocentrique a été réalisée au sein de l'HDJ de soins de support de l'ICANS du 20.04 au 15.05.2020. Tous les patients hospitalisés sur cette période ont été inclus soit 100 patients. Un questionnaire interrogeant le maintien des aides à domicile était rempli lors de l'hospitalisation.

RESULTATS

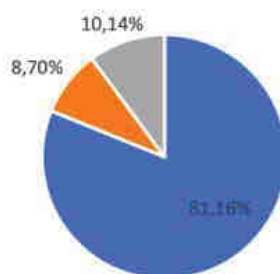
Près des deux tiers des patients ont subi une modification de leurs aides à domicile pendant le confinement. Les plus touchés par ces modifications : les patients de statut OMS 3 et 4, les femmes, les patients vivant seuls et ceux atteints d'un handicap moteur.

Patients bénéficiant d'aide à domicile par un professionnel	n = 90
Diminution du passage d'un professionnel à domicile en raison de la COVID-19	n = 9 (10,00%)
Arrêt du passage d'un professionnel à domicile en raison de la COVID-19	n = 36 (40,00%)
Modification en qualité sans changement de fréquence pour un acte habituellement réalisé à domicile par un professionnel en raison de la COVID-19	n = 30 (33,33%)
Total des patients ayant subi une modification d'aide à domicile en raison de la COVID-19	n = 58 (64,44%)

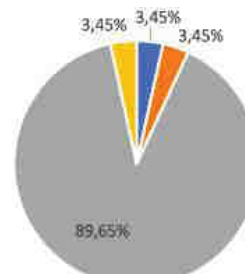
Médecin traitant à domicile (n=68)



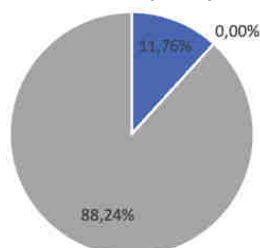
IDE à domicile (n=69)



MKDE à domicile (n=29)



Aide ménagère à domicile (n=17)



■ Absence de changement ■ Diminution de fréquence
■ Arrêt du passage ■ Mise en place du télésoins

	n = 33
Arrêt de la réalisation d'une tâche habituellement réalisée par un professionnel à domicile	n = 16 (48,48%)
Relai par le patient	n = 3 (18,75%)
Relai par la famille	n = 13 (81,25%)
Relai par la famille et le patient	n = 3 (18,75%)

CONCLUSION

Notre étude montre un impact fort du confinement sur les soins à domicile des patients suivis à l'ICANS. Le système de soins n'a pas réussi à protéger les plus fragiles lors de la crise sanitaire, puisqu'ils sont ici les plus durement touchés. A noter, la mise en place de nouvelles modalités de soins avec le recours à la téléconsultation.

Avis favorable du comité d'éthique

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie,
de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de
Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 9 juin 2020

Dr Despinasse et Dr Schohn

HUS

Jean SIBILIA
Doyen

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ
NHC
Tél. : (33) 03 69 55 08 79
Anne-marie.medina@chru-
strasbourg.fr

Référence : CE-2020-98

Chères collègues

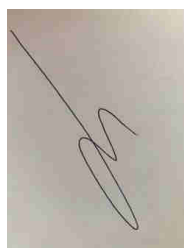
Horaires d'ouverture :
- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Le comité d'éthique vous remercie d'avoir soumis votre étude intitulée «**Etude de l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur la prise en charge à domicile de patients suivis en Hôpital de Jour de Soins Oncologiques de Support**».

Après en avoir délibéré, le comité d'éthique émet un avis favorable à cette étude non interventionnelle et reste à votre disposition concernant les aspects éthiques et réglementaires, bien cordialement.

Pr François Clauss

Faculté de médecine
Secrétariat Général
4, rue Kirschleger
F-67085 Strasbourg Cedex
Tél : (33) 03 68 85 34 98
Fax : (33) 03 68 85 34 24
www-unistra.fr
medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr



Bibliographie

1. Institut national du cancer. Les cancers en France en 2018. L'essentiel des faits et chiffres (édition 2019). [En ligne]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2018-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-edition-2019>. Cité le 20 mai 2020.
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé Edition 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/cns2019.pdf>. Cité le 20 mai 2020.
3. République française. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Journal officiel, n°0072 du 24 mars 2020.
4. Santé Publique France. COVID-19 Point épidémiologique - Situation au 15 mars 2020 à minuit. 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-15-mars-2020>. Cité le 20 mai 2020.
5. République française. Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Journal officiel, n°0072 du 24 mars 2020.
6. Ministère des solidarités et de la santé. Communiqué de presse du 11 mai 2020. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_dgs_point_de_situation_covid-19_110520.pdf. Cité le 8 juillet 2020.
7. Haute autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 téléconsultation et telesoin. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponses_rapides_dans_le_cadre_du_covid-19_teleconsultation_et_telesoin.pdf. Cité le 20 mai 2020.
8. Ministère des solidarités et de la santé. Lignes directrices de la téléconsultation d'un patient présentant une infection respiratoire dans un contexte d'épidémie à COVID-19. [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19-lignes-directrices-teleconsultation-interrogatoire-patient.pdf>. Cité le 20 mai 2020.
9. Ministère des solidarités et de la santé. Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19. [En ligne]. Disponible sur : https://www.onsil.fr/wp-content/uploads/2020/03/covid-19_fiche_medecin_v16032020finalise.pdf. Cité le 28 avril 2020.
10. Haute autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et

précautions essentielles pour le Masseur-Kinésithérapeute auprès des patients à domicile. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/373_reponse_rapide_covid19_mk_15-04-20_v4_vmssr.pdf. Cité le 20 mai 2020.

11. Ordre des masseurs kinésithérapeutes. Guide de bonne pratique en période de COVID relatif à la prise en charge du patient en cabinet de ville en date du 24 avril 2020.

[En ligne]. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2020/04/guide-exercice-en-cabinet-de-ville.pdf>. Cité le 18 mai 2020.

12. Ministère des solidarités et de la santé. Telesuivi infirmier. [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19-telesuivi-infirmier.pdf>. Cité le 20 mai 2020.

13. Ministère des solidarités et de la santé. Suivi des patients COVID-19 par un infirmier (IDE) à domicile en phase épidémique. [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/suivi-infirmier-patient-a-domicile-covid-19.pdf>. Cité le 20 mai 2020.

14. Xia Y., Jin R., Zhao J. et al. Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet Oncol.* avr 2020;21(4):e180.

15. Institut national du cancer. Préconisation pour l'adaptation de l'offre de soins des établissements accueillants les patients atteints de cancer dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 version 16 avril 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/04/INCa-Preconisation-pour-adaptation-de-offre-de-soins-des-etablissements-accueillants-les-patients-atteints-de-cancer-dans-le-contexte-de-epidemie-de-COVID19-16-04-20.pdf>. Cité le 20 mai 2020.

16. Grellety T., Ravaud A., Canivet A. et al. Infection à SARS-CoV-2/COVID 19 et cancers solides : synthèse des recommandations à l'attention des professionnels de santé. *Bull Cancer (Paris)*. avr 2020;107(4):400-2.

17. Haute autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/prise_en_charge_des_patients_covid-19_sans_indication_dhospitalisation_isoles_et_surveilles_a_domicile.pdf.

Cité le 22 mai 2020.

18. Ministère des solidarités et de la santé. Circulaire n°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en oncologie. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sfap.org/system/files/circulaire-dhos-22fev2005.pdf>. Cité le 22 mai 2020.

19. Ministère des solidarités et de la santé. Plan cancer 2014-2019. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf. Cité le 20 mai 2020.

20. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Note sur l'adaptation de l'organisation des soins palliatifs à l'épidémie de Covid 19. [En ligne]. Disponible sur : http://www.oncolor.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-note_adaptation_soins_palliatifs-SFAP-19-03-2020.pdf. Cité le 20 mai 2020.
21. Barlet M., Coldefy M., Collin C. et al. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. DREES Étude et résultats n°795. Mars 2012
22. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of the illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 21: 914-9. :2.
23. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Santé Publique France.
24. Cours des comptes. Chapitre VIII Les centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150915-rapport-securite-sociale-2015-centres-lutte-cancer.pdf>. Cité le 6 sept 2020.
25. Pignon T, Rafaramino F, Scalliet P. Cancer et sujets âgés. Prise en charge. Aspects décisionnels. Rev Médecine Interne. 1 sept 2000;21(9):765-76.
26. Bimboes A. Hôpital de Jour de Soins de support au Centre de Lutte contre le Cancer de Strasbourg : étude comparative de l'activité entre 2008 et 2016. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2018, 67 p.
27. Inspection générale des affaires sociales. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile [En ligne]. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-064R_.pdf. Cité le 12 sept 2020.
28. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf. Cité le 12 sept 2020.
29. AFSOS. La place des proches aidants. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2018/02/Ref-La-place-des-proches-au-15-02-2018-version-valide%cc%81ebd.compressed.pdf>. Cité le 9 oct 2020.
30. La ligue contre le cancer. Observatoire sociétal des cancers Les aidants Les combattants silencieux du cancer. [En ligne]. Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/observatoire_societal_des_cancers_rapport_2015_0.pdf. Cité le 9 oct 2020.

31. Fondation April. Baromètre des aidants 5^e vague Septembre 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.bva-group.com/wp-content/uploads/2019/09/Barom%C3%A8tre-des-aidants-Fondation-April-BVA-2019-Septembre-2019.pdf>. Cité le 24 août 2020.
32. La maison des aidants. Ce que veulent les aidants. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.accueil-temporaire.com/sites/default/files/public/actualite/resultats-sondage-1ma-octobre-2016.pdf>. Cité le 10 oct 2020.
33. République française. Arrêté du 31 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Journal officiel, n°0072 du 24 mars 2020.
34. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Rapport d'activité 2018-2019. [En ligne]. Disponible sur : https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2019/11/FNEHAD_RA2018-19_web_pl.pdf. Cité le 12 sept 2020.
35. Rossinot H. Vécu des aidants familiaux en hospitalisation à domicile. Mémoire de santé publique. Université de Lorraine ; 2017, 47 p.
36. Dabrowski C. Vécu de l'aidant principal d'un sujet atteint d'un cancer, en limitation thérapeutique, pris en charge à domicile. Thèse de médecine. Université de Lille 2 ; 2018, 82 p.
37. Union des prestataires de santé à domicile indépendants. La prestation de santé à domicile en chiffres. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.upsadi.fr/article-2/>. Cité le 12 sept 2020.
38. Jakoubovitch S., Bournot MC., Cercier E. et al. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES Étude et résultats n°797. Mars 2012
39. Ministère des solidarités et de la santé. Concertation grand âge et autonomie. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf. Cité le 10 oct 2020.
40. Rodrigues M., Institut curie. COVID-19 et cancers. Synthèse des recommandations des sociétés savantes françaises et évolutions de celles-ci. Bull Cancer. 2020 May; 107(5): 521–523.
41. You B., Ravaud A., Canivet A. et al. The official French guidelines to protect patients. Lancet Oncol. 2020 May;21(5):619-621
42. Kuderer NM., Choueiri TK., Shah DP. et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. The Lancet. 2020 juin 20;395(10241)

43. Mengyuan D., Dianbo L., Miao L. et al. Patients with Cancer Appear More Vulnerable to SARS-CoV-2: A Multicenter Study during the COVID-19 Outbreak. *Cancer Discov.* 2020 Jun;10(6):783-791
44. Miyashita H., Mikami T., Chopra N. et al. Do patients with cancer have a poorer prognosis of COVID-19? An experience in New York City. *Annals of Oncology.* 2020 août 1;31(8).
45. Sicard J., Marchisio A. Le vécu du cancer pendant le confinement. Congrès Association française de soins oncologiques de support 2020. Paris
46. Bardet A., Fraslin A., Faron M. et al. A microsimulation model to assess the impact of SARS-CoV-2 on cancer outcomes, healthcare organization and economic burden. Congrès European society of medical oncology 2020.
47. Le Figaro.fr. Andrieu L. Coronavirus : le calvaire des aidants familiaux, au chevet de leurs proches. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/coronavirus-le-calvaire-des-aidants-familiaux-au-chevet-de-leurs-proches-20200501>. Cité le 10 oct 2020.
48. Marie Claire.fr. Goldberger C. Aidantes familiales, elles nous racontent leur désespoir en pleine pandémie. [En ligne]. Disponible sur : https://www.marieclaire.fr/aidants-familiaux-temoignages-covid-19-pandemie,1344143.asp?fbclid=IwAR3dGbRk6G0uT_S9IM0tzGEtZP6kwIVw5KE08OdwiPw48W7-REZcEpB-WaA. Cité 10 oct 2020.
49. République française. Décret n° 2020-1208 du 1er octobre 2020 relatif à l'allocation journalière du proche aidant et l'allocation journalière de présence parentale. *Journal officiel*, n°0240 du 2 octobre 2020.
50. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Enjeux éthiques lors du dé-confinement : Responsabilité, solidarité et confiance. [En ligne]. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_-_reponse_a_la_saisine_cs_enjeux_ethiques_lors_du_de-confinement_-_20_mai_2020.pdf. Cité le 13 sept 2020.
51. El-Hage W., Hingray C., Lemogne C. et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *Encephale.* 2020 Jun; 46(3): S73–S80.
52. Assurance maladie. Téléconsultation et Covid-19: croissance spectaculaire et évolution des usages. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>. Cité le 10 oct 2020.
53. Assurance maladie. Fiche masseur-kinésithérapeute. [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/678112/document/fiche-covid19-mk-telesoin.pdf>. Cité le 10 oct 2020.

54. Collège Français des Pathologistes. Histoire naturelle du cancer. [En ligne]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath_9/site/html/3.html

55. Haute autorité de santé. Pertinence du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à Domicile : analyse économique et organisationnelle. Novembre 2013. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/chimiotherapie_en_hospitalisation_a_domicile_-_note_de_cadrage.pdf

Attestation de plagiat



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DEPINASSE

Prénom : ALISON

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 24/11/11

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

RÉSUMÉ :

L'épidémie de la COVID-19 a touché durement la France et particulièrement l'Alsace. L'état d'urgence sanitaire et les mesures de confinement ont été associés à des recommandations professionnelles pour la prise en charge des patients dans l'objectif de diminuer les contaminations. Nous avons constaté lors des passages des patients dans notre Hôpital de jour (HDJ) de soins de support que certains soins à domicile n'étaient plus effectués pour nos patients, pour de multiples raisons. L'objectif de notre étude est de déterminer l'impact du confinement sur les soins au domicile des patients atteints de cancer suivis en soins de support dans notre établissement.

Cette étude observationnelle descriptive monocentrique et rétrospective a été réalisée au sein de l'HDJ de soins de support de l'ICANS à Strasbourg du 20.04 au 15.05.2020. Tous les patients hospitalisés sur cette période ont été inclus soit 100 patients. Un questionnaire était rempli lors de l'hospitalisation par les médecins du service et interrogeait sur les aides à domicile et leurs fréquences avant et après la mise en place du confinement.

Près des deux tiers des patients ont subi une modification de leurs aides à domicile pendant le confinement. Parmi ces modifications, un arrêt complet du passage d'un professionnel à domicile a concerné 40 % d'entre eux et une diminution de la fréquence de passage, 10 % d'entre eux. Des différences significatives ont été retrouvées pour plusieurs populations, plus touchées par ces modifications : les patients de statut OMS 3 et 4, les femmes, les patients vivant seuls et ceux atteints d'un handicap moteur. Un arrêt de la réalisation d'un acte habituellement réalisé par un professionnel à domicile a concerné 48,5 % des patients. Ces tâches ont dû être réalisées par les patients eux même dans 18,5 % des cas, par les aidants dans 62,5 % des cas et par les deux dans 18,5 % des cas. Nos patients ont également bénéficié de nouvelles modalités de soins avec un recours à la téléconsultation pour 25 % d'entre eux.

Notre étude montre un impact fort du confinement sur les soins à domicile des patients suivis à l'ICANS. Du fait du manque de matériel, des difficultés organisationnelles et de la rapidité de propagation de la pandémie et ce en dépit des différentes recommandations émises, le système de soins n'a pas réussi à protéger les plus fragiles lors de la crise sanitaire, puisqu'ils sont ici les plus durement touchés. Au-delà de ce triste constat, notre étude montre également la mise en place de nouvelles modalités de soins avec le recours à la téléconsultation. Notre étude trouve son intérêt dans la mise en évidence des fragilités du système de soins dans ce contexte d'urgence sanitaire. Elle souligne l'importance de veiller à l'accès aux soins des plus vulnérables.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : COVID-19 ; Soins de support ; Soins à domicile

Président : Jean Emmanuel KURTZ, professeur

Assesseurs : Alexandre BIMBOES, docteur

Véronique FRASIE, docteur

Lucile PABST, chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux

Anna SHOHN, docteur

Philippe TRENZ, docteur

Adresse de l'auteur : 40 rue de Saint Dié, 67100 Strasbourg