

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 32

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S de Médecine Générale

PAR
Floriane DESMONIERE
Née le 17 janvier 1993 à Strasbourg

**La téléconsultation dans la prise en charge des
patients en soins palliatifs, une place à
prendre ?**
**Proposition argumentée d'utilisation de l'outil à travers
deux études discutées**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Emmanuel ANDRES

Directrice de thèse : Madame le Docteur Karine MEUNIER

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 32

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S de Médecine Générale

PAR
Floriane DESMONIERE
Née le 17 janvier 1993 à Strasbourg

**La téléconsultation dans la prise en charge des
patients en soins palliatifs, une place à
prendre ?**
**Proposition argumentée d'utilisation de l'outil à travers
deux études discutées**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Emmanuel ANDRES

Directrice de thèse : Madame le Docteur Karine MEUNIER



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Vice Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCBIDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUCES 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 "Généétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

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

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CEID - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRP6	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RP6 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 Seïamak	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Hépato-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	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRP6 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	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS°	Services Hospitaliers ou institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héliène	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGIAfshin	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS°	Services Hospitaliers ou institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESSEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/DTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	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	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	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	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	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	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	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	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Amaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILLA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

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

^o : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - CspI : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

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

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

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme Ayme-Dietrich Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie Clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BBOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie à Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JHIL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• 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		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBCMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASHY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PBNCREACH Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltingheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Pr Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GRIES Jean-Luc
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • 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 septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)
- 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)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

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)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BARESS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Généraliste) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTESS Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSSTEIN Claude (Pédo-psychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FSCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIEB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERL E Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Généraliste) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSE Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

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

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

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

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

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

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

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

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

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

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Emmanuel ANDRES,

Vous me faites le plaisir et l'honneur de présider le jury de ma thèse et d'évaluer mon travail.

Veillez accepter toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Au Professeur Laurent CALVEL,

Merci pour votre implication durant ma formation, j'ai découvert les soins palliatifs dans votre service durant mon externat et je suis reconnaissante de votre enseignement.

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Philippe HILD,

Je te suis infiniment reconnaissante pour ton accompagnement durant mon internat. Merci pour ces quelques mois de stage durant lesquels tu m'as guidée et accompagnée avec bienveillance.

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer au jury de ma thèse.

Au Docteur Mélanie ROTH,

Merci pour ta disponibilité et ton accompagnement durant ces quelques mois de stage passés dans ton cabinet. Tu es un exemple de réussite pour moi, en alliant à la perfection vie professionnelle et vie privée.

Je suis heureuse de pouvoir travailler avec toi et de t'avoir à mes côtés dans mon jury de thèse.

A ma directrice de thèse, Docteur Karine MEUNIER,

Merci d'avoir fait renaître mon intérêt pour les soins palliatifs ce jour où tu m'as permis de t'accompagner auprès d'un patient, puis d'avoir partagé ton savoir avec moi durant mon passage à l'équipe mobile.

Ce travail n'aurait pas existé sans que je ne croise ta route au cours de mon internat. Tu as accepté de m'accompagner et de me soutenir tout au long de cette aventure. Merci de m'avoir guidée et accompagnée durant ce travail. J'espère encore apprendre beaucoup à tes côtés.

A ma famille,

A Maman,

Merci pour ton soutien depuis toutes ses années. Merci de nous avoir permis de faire les études que l'on souhaitait et de nous permettre tous les jours de réaliser nos rêves. Tu es une mère dévouée et je ne saurais être assez reconnaissante pour cela. C'est grâce à toi que j'en suis ici aujourd'hui. J'espère te rendre fière.

A Flavien,

Merci pour ton soutien indéfectible au quotidien et ta bonne humeur ravageuse (Mention spéciale pour les explications en mathématiques en P1);

A Cyrielle,

Merci pour ton dévouement, de répondre présente à chaque appel;

A nos années de vie commune à l'appartement où vous avez dû me supporter durant mes périodes de révisions, au post-it sur le congélateur et à tous nos autres bons moments. J'espère encore partager de belles aventures avec vous. Je vous aime.

A Anita et André,

Merci de m'avoir adoptée comme votre petite-fille, merci d'être présents pour moi au quotidien. J'aime vous voir partager tous ces moments avec Léon, vous êtes des arrière-grands-parents en or.

A ma marraine,

Merci de m'avoir hébergée durant ces deux années qui ont été cruciales dans mon parcours en médecine. Merci pour ton soutien et ton écoute.

A ma belle-famille,

Merci pour votre soutien.

A mes amis,

A Anny, ma meilleure amie,

Sans toi je n'aurais jamais réussi tout cela. Tu es un pilier au quotidien. Merci de ton dévouement sans faille depuis toutes ses années. On aura vécu beaucoup d'épreuves ensemble mais cela n'a fait que nous rapprocher. Et aujourd'hui je te dédie avec fierté cette réussite.

A Jhannie,

Merci d'avoir transformé ces heures de révision en souvenirs hilarants. Merci d'être présente à chaque message de détresse. Merci de mettre des paillettes dans chaque moment passé ensemble.

Hâte que nos projets communs se concrétisent et de partager encore de nombreux moments avec Anthony et toi.

A Lorena,

Tu es l'une de mes plus belles rencontres de ces dernières années. Tu es quelqu'un d'authentique et juste. Je suis heureuse d'avoir une place dans ta vie et je te souhaite tout le bonheur du monde.

Merci pour ton soutien, ton énergie et ta si belle amitié.

Mais aussi Imane, Lucie, Claire, Mathilde, Elise, Laurie, Catherine, Julie, Camille, Laura, Morgane, Manon et Christelle...

Et à tous les autres que je n'ai pas pu lister ici mais que je n'oublie pas pour autant, merci.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette thèse,

Vous avez accepté avec enthousiasme de participer à cette étude : veuillez recevoir toute ma gratitude pour votre confiance et le partage de votre expérience si précieuse.

Merci à vous.

Une pensée particulière à...

Tous les professionnels de santé que j'ai rencontrés tout au long de mon cursus.

Merci d'avoir partagé votre savoir, vous avez fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour votre accueil dans vos services et cabinets respectifs. Je vous adresse mes remerciements les plus sincères.

L'équipe mobile de soins palliatifs de Haguenau, Isabelle, Stéphanie, Nadège, Vérane, Annie et Nathalie.

Merci pour votre accueil extraordinaire durant mon semestre parmi vous. Je me suis sentie faire partie de l'équipe dès les premiers moments et je suis heureuse de continuer à travailler avec vous.

Tous mes co-internes.

On s'est soutenu durant des moments difficiles et ces années d'étude n'auraient pas été les mêmes sans vous. Pour ces mois de stage à vos côtés, pour ces heures de tutorat et de formation, merci.

Et pour finir,

A Bruce,

Mon mari, mon meilleur ami, ma moitié. Tu as fait de la date du 6 avril ma date porte-bonheur et j'en ai encore la preuve aujourd'hui.

Sommaire

LEXIQUE	23
INTRODUCTION	24
CONTEXTE	26
I. Le médecin généraliste dans le suivi à domicile des patients en soins palliatifs	26
1. Définition des soins palliatifs	26
2. La place du médecin généraliste	27
3. Le rôle d'une EMSP	28
II. La médecine sous tension	29
1. L'hôpital public en crise	29
2. Les médecins généralistes à bout de souffle	30
III. La télémédecine comme solution ?	30
IV. La crise sanitaire liée à la covid-19 et ses répercussions sur la pratique de la téléconsultation	32
ETUDE DES PRATIQUES de la téléconsultation à l'EMSP du Centre hospitalier de Haguenau	35

I. Introduction.....	36
1. Création de l'EMSP du Centre hospitalier de Haguenau	36
2. Mise en place de la téléconsultation à l'EMSP du Centre hospitalier de Haguenau.....	37
II. Méthodologie	38
1. Population d'étude.....	38
2. Algorithme de prise en charge par téléconsultation	39
3. Recueil des données.....	42
4. Cadre légal.....	43
III. Résultats.....	44
1. Profil épidémiologique des patients	44
2. Profil palliatif des patients.....	46
3. Prise en charge palliative	49
4. Incidents.....	53
5. Ressenti de l'équipe	53
IV. Discussion	60
1. Critique de l'étude	60
2. Profil des patients.....	61
3. Réalisation de la téléconsultation	63
4. Limites de la téléconsultation dans le suivi	65
V. Conclusion	66
ETUDE QUALITATIVE auprès des médecins généralistes.....	67
I. Méthodologie	68
1. Les participants	68
2. Constitution de l'échantillon.....	69
3. Lieu des entretiens.....	70
4. Recueil des données.....	70
5. Retranscription des données.....	71

6. Analyse des données	71
7. Aspects éthiques et réglementaires.....	72
II. Résultats.....	73
1. Les participants	73
2. Les soins palliatifs selon les médecins généralistes	74
3. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients en soins palliatifs	78
4. La place du téléphone	81
5. La téléconsultation en soins palliatifs	82
6. La relation médecin-patient et l'évolution du lien via la téléconsultation.....	90
7. « <i>Ne pas pouvoir entrer en contact réel</i> » MG4	92
8. L'EMSP, un soutien pour le médecin généraliste	95
9. Les autres formes de télémédecine.....	96
III. Discussion	98
1. Les forces et les limites de l'étude.....	98
2. Le résultat principal	100
3. Les perspectives	102
IV. Conclusion	103
DISCUSSION	104
I. La téléconsultation dans le suivi des équipes de soins palliatifs, une place déjà prise	105
1. Avec des avantages.....	105
2. Et des limites.....	109
II. Un outil qui peut altérer le lien	111
1. Le lien médecin-patient mis à mal	111
2. Un outil déstabilisant qui prive le médecin de ses sens	112
III. D'autres formes de télémédecine pour renforcer le lien ville-hôpital....	115
IV. Un échantillon qui ouvre vers de nouvelles perspectives.....	117

1. La découverte d'une pratique méconnue	117
2. ... sans généralisation possible	118
3. Quelques perspectives d'étude	119
V. Et les patients dans tout ça ?	120
CONCLUSION.....	121
ANNEXES	123
ANNEXE 1	124
ANNEXE 2	125
ANNEXE 3	129
ANNEXE 4	132
ANNEXE 5	133
ANNEXE 6	134
ANNEXE 7	135
ANNEXE 8	136
BIBLIOGRAPHIE	137

LEXIQUE

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EMSS : Equipe Mobile de Soins de Support

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEL : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Libéral(e)

IPA : Analyse phénoménologique interprétative

USP : Unité de Soins Palliatifs

VAD : Visite à domicile

INTRODUCTION

Le débat sur la prise en charge de la fin de vie est régulièrement mis en avant dans notre société. A ce jour, l'organisation des soins palliatifs ne permet pas à chaque personne de bénéficier d'un accompagnement spécifique par des équipes spécialisées de soins palliatifs. Ces situations mettent souvent à mal les professionnels de santé intervenant à domicile, que ce soit le médecin généraliste, les infirmières, les aidants familiaux ou professionnels. Ils peuvent être en difficulté pour accéder à l'expertise nécessaire à la bonne prise en charge de ces patients.

Parallèlement, la télémédecine s'est présentée comme une promesse d'un accès facilité aux soins, qui s'est finalement imposée pendant la crise sanitaire.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes demandés dans quelles mesures la téléconsultation pourrait s'intégrer dans la prise en charge du patient en soins palliatifs.

Ce travail de thèse a pour but d'identifier les intérêts de l'utilisation de la téléconsultation dans la prise en charge des patients en soins palliatifs.

Pour ce faire, et après avoir contextualisé la problématique, nous vous présenterons une étude des pratiques décrivant l'expérimentation de la téléconsultation par

l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs de Haguenau, puis une seconde étude qualitative recueillant les pratiques professionnelles des médecins généralistes sur l'utilisation de la téléconsultation en soins palliatifs. Nous discuterons ensuite ces résultats, en nous appuyant sur des éléments de la littérature.

CONTEXTE

I. Le médecin généraliste dans le suivi à domicile des patients en soins palliatifs

1. Définition des soins palliatifs

Les soins palliatifs sont une pratique récente qui commence à se développer dans les années 1970. En Grande-Bretagne, à Londres, une infirmière nommée Cicely Saunders fonde un hospice ayant pour vocation le soin des patients atteints de maladies incurables mais pour qui « *il reste quelque chose à faire* » (1). Le mouvement se développe ensuite en France en 1986 avec la circulaire dite « Laroque » qui décrit l'organisation des soins et l'accompagnement des malades en phase terminale (2). C'est à la suite de cette circulaire que la première Unité de Soins Palliatifs (USP) ouvre ses portes en 1987 (1). Actuellement, les soins palliatifs se définissent comme des « *soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale* » (3). Le but de cette

pratique est d'atténuer ou supprimer autant que possible les symptômes difficiles, qu'ils soient physiques, psychiques, émotionnels, spirituels ou sociaux (3).

2. La place du médecin généraliste

Le vieillissement de la population change la façon d'appréhender la mort (4). En effet, la définition de la « *bonne mort* » évolue avec notre société. Actuellement « *avoir une bonne mort* » signifierait principalement une mort sans douleur (5) ou encore une mort où personne ne serait mal à l'aise (6). Malgré l'évolution de cette définition, le souhait de fin de vie à domicile reste majoritaire (7). Le médecin généraliste, médecin référent (8), a une responsabilité concernant la qualité de vie jusqu'au décès car il prend en charge le patient dans sa globalité et son environnement. Il est conscient de l'importance de l'accompagnement du patient et de sa famille, même après le décès (4). Mais il semble être mal informé et démuné par rapport à la mise en œuvre des soins palliatifs à domicile (9) et cela notamment quand la situation devient complexe pour lui. En effet, le traitement des symptômes difficiles, notamment de la douleur et de l'anxiété, reste une des demandes principales du patient et le médecin généraliste est parfois désarmé pour pouvoir y répondre (9).

C'est dans ces situations complexes qu'il peut faire appel aux équipes expertes de soins palliatifs de l'hôpital, notamment les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP).

3. Le rôle d'une EMSP

L'EMSP est une équipe multidisciplinaire et pluri professionnelle qui intervient dans une situation palliative sur demande. Cette demande peut être faite par un professionnel de santé libéral ou salarié mais également par le patient lui-même ou par sa famille (10,11).

Les plans nationaux définissant les axes de développement des missions des EMSP évoluent régulièrement. De façon générale, on peut simplifier en disant que l'objectif des EMSP est de faciliter l'accès à une démarche palliative et d'accompagner les professionnels, dont le médecin généraliste dans cette mission. Elles participent à la continuité des soins palliatifs dans l'hôpital auquel elles sont rattachées mais également à l'extérieur, ainsi qu'à la formation pratique et théorique des professionnels qu'elles rencontrent (10,11). Ces équipes favorisent le lien ville-hôpital et le travail pluridisciplinaire, notamment dans le suivi à domicile. L'EMSP est donc un partenaire de soin idéal pour le médecin généraliste.

En 2019, il avait été comptabilisé un total de 428 EMSP en France, soit 0.6 EMSP pour cents mille habitants (12). Ce nombre augmente progressivement depuis plus d'une vingtaine d'années afin de faciliter l'accès aux soins palliatifs pour la population.

Malgré ces efforts, plusieurs problématiques actuelles limitent tout de même cet accès.

II. La médecine sous tension

1. L'hôpital public en crise

L'hôpital est en état de tension depuis plusieurs années. On parlait déjà de « *crise de l'hôpital public* » en 2003 (13) et, aujourd'hui, la situation ne fait que s'aggraver. Démissions, postes vacants, fermetures de lits, déficits,... (14) Voici le cercle vicieux qui alimente la crise de l'hôpital, avec un manque de moyens financiers et humains qui perdure.

Le déficit des hôpitaux publics qui s'élevait à 470 millions d'euros en 2016 est passé à 1.5 milliard d'euros en 2018 (13) avec un taux d'endettement qui plafonne depuis environ dix ans (15). Avec de tels chiffres, il est difficile pour nous, médecins, de se projeter dans l'avenir.

Cette difficulté est partagée par les professionnels de santé. On constate une fuite du personnel qui déplore des conditions de travail qui se dégradent (16). De nombreux services ont dû fermer des lits par manque d'effectifs (17) et la revalorisation financière suite à la crise de la covid-19 n'a pas changé la donne.

Plusieurs appels à l'aide ont été réalisés, notamment avec la démission de leurs fonctions administratives de plus de 1000 chefs de service en janvier 2020 (17). Mais les mesures prises ne semblent pas suffire.

2. Les médecins généralistes à bout de souffle

La situation en médecine de ville n'est pas meilleure. Avec de nombreux départs à la retraite et une majoration de la « *désertification médicale* » (18), ce n'est pas moins de 11% de la population française de 17 ans et plus qui n'ont pas de médecin traitant (19) et cette tendance est à la hausse. Cette problématique est accentuée par le vieillissement de la population qui entraîne une demande de soin croissante.

En parallèle, les charges financières et administratives s'alourdissent. Là encore, de nombreux appels à l'aide sont faits régulièrement depuis plus de vingt ans mais les solutions proposées ne sont pas suffisantes. La situation se dégrade et les nombreuses grèves actuelles des médecins généralistes (20) témoignent de la gravité de la situation. Les burn-out se multiplient, ainsi que les reconversions professionnelles.

III. La télémédecine comme solution ?

Le développement de la télémédecine ces dernières années est une piste pour pallier ces manques et aider la médecine à tenir bon malgré les nombreuses difficultés démographiques, épidémiologiques et organisationnelles actuelles.

Elle se définit comme une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication. Il existe cinq actes de télémédecine que sont la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale (21).

La téléconsultation est une des branches de la télémédecine et se définit comme une consultation faite à distance entre un professionnel médical et son patient via l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Il est recommandé par la HAS que les téléconsultations soient réalisées par vidéo transmission (22) mais ce n'est pas une obligation.

Initialement, la téléconsultation était une pratique anecdotique et expérimentale dont le financement se faisait par des fonds d'interventions régionaux (23). Les freins à son développement étaient corrélés à des enjeux politiques, juridiques, technologiques et économiques (24) que nous ne détaillerons pas ici.

Ce n'est qu'en 2016, à la suite d'une convention médicale, que l'assurance maladie permet le remboursement d'actes de télémédecine, initialement uniquement pour les suivis de patients vivant en EHPAD (23).

Le premier août 2018, un arrêté est publié qui permet le déploiement de la télémédecine en « *inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018, dans le cadre du parcours de soins coordonné* ». Cet arrêté précise que « *le recours aux téléconsultations est assuré dans le cadre d'une organisation territoriale* » (25). Cette pratique devient ainsi réalisable sur

l'ensemble du territoire français et pour tout médecin, avec un remboursement par la sécurité sociale à compter du 15 septembre 2018 (23). La téléconsultation peut alors être réalisée pour tous les patients (25) et peut donc s'appliquer aux patients en soins palliatifs.

IV. La crise sanitaire liée à la covid-19 et ses répercussions sur la pratique de la téléconsultation

La crise sanitaire secondaire à la covid-19 en France en février 2020 et la peur émergente en découlant ont créé une angoisse généralisée, majorée par le premier confinement imposé du 17 mars 2020 au 10 mai 2020 inclus. Les patients comme les médecins craignaient de se rencontrer : les patients avaient peur de contracter la maladie en se contaminant auprès des autres patients au cabinet et les médecins avaient peur de favoriser la transmission en rencontrant les patients. La distance est devenue un gage de sécurité (26).

La pandémie à Covid-19 est une situation inédite dans notre monde moderne et ses conséquences ont touché l'ensemble de la population mais particulièrement le monde médical qui a dû apprendre à se réorganiser. La téléconsultation est un point clef de cette réorganisation.

Il a été recensé environ 115 000 téléconsultations réalisées entre le 1^{er} mars et le 20 mars 2020 (27). Le nombre de téléconsultation mensuel enregistré par l'Assurance Maladie est passé de 40 000 en mars 2020 à 4.5 millions en avril 2020 (28). Quatre téléconsultations sur cinq étaient réalisées par un médecin généraliste.

Pour faciliter un accès au soin tout en respectant la distanciation préconisée par l'Etat (29) et limiter les risques de contagion, le ministère a assoupli les modalités de téléconsultation préexistantes et a mis en place des mesures dérogatoires (27,30). En effet, initialement les téléconsultations n'étaient possibles que pour les patients qui avaient déjà été vus par le médecin. Un suivi ne pouvait être initié par téléconsultation. À la suite du décret du 9 mars 2020, une dérogation était possible pour les patients ayant une suspicion d'infection à la covid-19 (31). Ils pouvaient bénéficier d'une téléconsultation par n'importe quel médecin, même si celui-ci n'avait jamais rencontré le patient au préalable (27).

Un sondage réalisé en octobre 2020 révélait que 75% des médecins et 63% des patients étaient satisfaits de la téléconsultation (32).

Au-delà de la crise sanitaire, une réflexion plus large s'ouvre à nous.

Au fur et à mesure que nous apprenons à vivre avec la covid-19 et ses nombreux variants (33), la téléconsultation a pris sa place dans la médecine actuelle. Elle s'inscrit maintenant dans le parcours de soins coordonné et répond aux mêmes exigences que la consultation en présentiel (34).

Le développement rapide de cette nouvelle technologie nous fait nous interroger sur son utilité de façon générale. Permettra-t-elle de fluidifier le parcours de soins et ainsi de diminuer les problématiques de santé actuelles ? Quelle place peut finalement prendre cet outil, notamment dans les soins palliatifs?

ETUDE DES PRATIQUES

de la téléconsultation à l'EMSP du

Centre hospitalier de Haguenau

I. Introduction

1. Création de l'EMSP du Centre hospitalier de Haguenau

L'équipe mobile a été créée sous l'appellation « *Equipe Mobile de Soins Palliatifs* » en 2003, en lien avec l'Unité de Soins Palliatifs. En 2005, elle a été renommée « *Equipe Mobile de Soins de Support* » pour faciliter une prise en charge des patients de façon précoce dans l'histoire de leur maladie. Pour des raisons de transparence et de cohérence, l'équipe a adopté en 2008 l'appellation complète « *Equipe Mobile de coordination en Soins de Support et de Soins Palliatifs* » (35).

En novembre 2020, l'équipe se compose de deux médecins, deux infirmières, une psychologue, une assistante sociale et une secrétaire. J'ai rejoint cette équipe pour mon cinquième semestre d'internat de médecine générale, dans le cadre de ma Formation Supplémentaire Transversale en soins palliatifs.

2. Mise en place de la téléconsultation à l'EMSP du Centre hospitalier de Haguenau

Devant le contexte sanitaire dû à la covid-19 et à la mise en place du second confinement à compter du 29 octobre 2020, l'EMSP a souhaité expérimenter l'utilisation de la téléconsultation. Afin de pouvoir continuer à répondre aux demandes, cette requête a été portée à la direction de l'hôpital qui a accepté sa mise en place.

Le 3 novembre 2020, une initiation à l'utilisation du logiciel de téléconsultation Pulsy© a été faite à l'ensemble de l'équipe. Pulsy© est un logiciel de télémédecine de la région Grand-Est soutenu par l'ARS. Il est certifié HDS : Hébergeur de données de santé. Tous les professionnels de santé peuvent adhérer à Pulsy© (36). Le choix du logiciel a été imposé par le Centre hospitalier de Haguenau.

À la suite de cette intervention, nous avons pu débiter les téléconsultations. La première téléconsultation a été réalisée le 16 novembre 2020.

Nous avons souhaité partager notre expérience de l'utilisation de cet outil à travers cette étude.

II. Méthodologie

L'étude réalisée est une étude des pratiques, descriptive, dont le recueil des données s'étend du 2 novembre 2020 au 1^{er} avril 2021, soit une durée de 5 mois. Cette étude, réalisée à l'EMSP du Centre hospitalier de Haguenau en Alsace, est monocentrique. C'est une observation directe participante.¹

1. Population d'étude

Les téléconsultations incluses dans l'étude sont les téléconsultations de tous les patients pour lesquels l'indication d'une téléconsultation a été retenue par l'EMSP.

Deux critères préalables à l'indication d'une téléconsultation sont communs à l'ensemble des patients : le patient doit être majeur et doit avoir fait l'objet d'une demande de suivi à l'EMSP.

Ces critères devaient être réunis pour permettre de poser l'indication de téléconsultation.

¹ Cette étude est construite selon une observation directe sur le terrain des données d'intérêt et est participante car la chercheuse observe tout en aillant un rôle actif (64).

2. Algorithme de prise en charge par téléconsultation

Une réunion pluri professionnelle avait lieu tous les lundis matin à l'EMSP avec l'ensemble de l'équipe, sauf la secrétaire qui assurait une astreinte téléphonique durant cette période. Chaque dossier de patient suivi ou faisant l'objet d'une demande de suivi était alors discuté. C'est à ce moment que nous retenions ou non l'indication d'une téléconsultation, selon le motif du suivi et la problématique. Cette décision était prise de façon collégiale après discussion. Nous n'avions pas de critères particuliers à l'indication de la téléconsultation en dehors de ceux cités précédemment.

Lorsque l'indication était effectivement retenue, une fiche-patient (fiche A), était complétée (ANNEXE 1).

À la suite de cela, une des infirmières ou moi-même contactions le patient afin de lui proposer la téléconsultation. Si le patient refusait, la téléconsultation était classée comme « non réalisée » sur la fiche A et le motif de refus était rédigé, s'il était connu.

Si le patient acceptait la téléconsultation, une date était fixée immédiatement et les consignes de connexion étaient données au patient.

Dans un second temps, la veille ou le matin du jour de la téléconsultation, un profil pour le patient était créé sur Pulsy© et une invitation avec le lien de connexion lui était envoyée par SMS ou mail. Un rappel était automatiquement généré une demi-heure avant l'heure de la téléconsultation, également par SMS ou mail.

Si la téléconsultation n'avait finalement pas eu lieu, elle était répertoriée comme « non réalisée » et le motif d'annulation était précisé sur la fiche A.

Si la téléconsultation avait lieu, elle était réalisée par un ou plusieurs intervenants de l'EMSP et la fiche de téléconsultation (fiche B) était complétée.

Cette fiche B a été créée par l'EMSP car cela nous semblait plus pratique d'avoir une fiche spécifique. Elle a évolué au fur et à mesure de notre expérience. La version finale (ANNEXE 2) se divise en quatre parties distinctes.

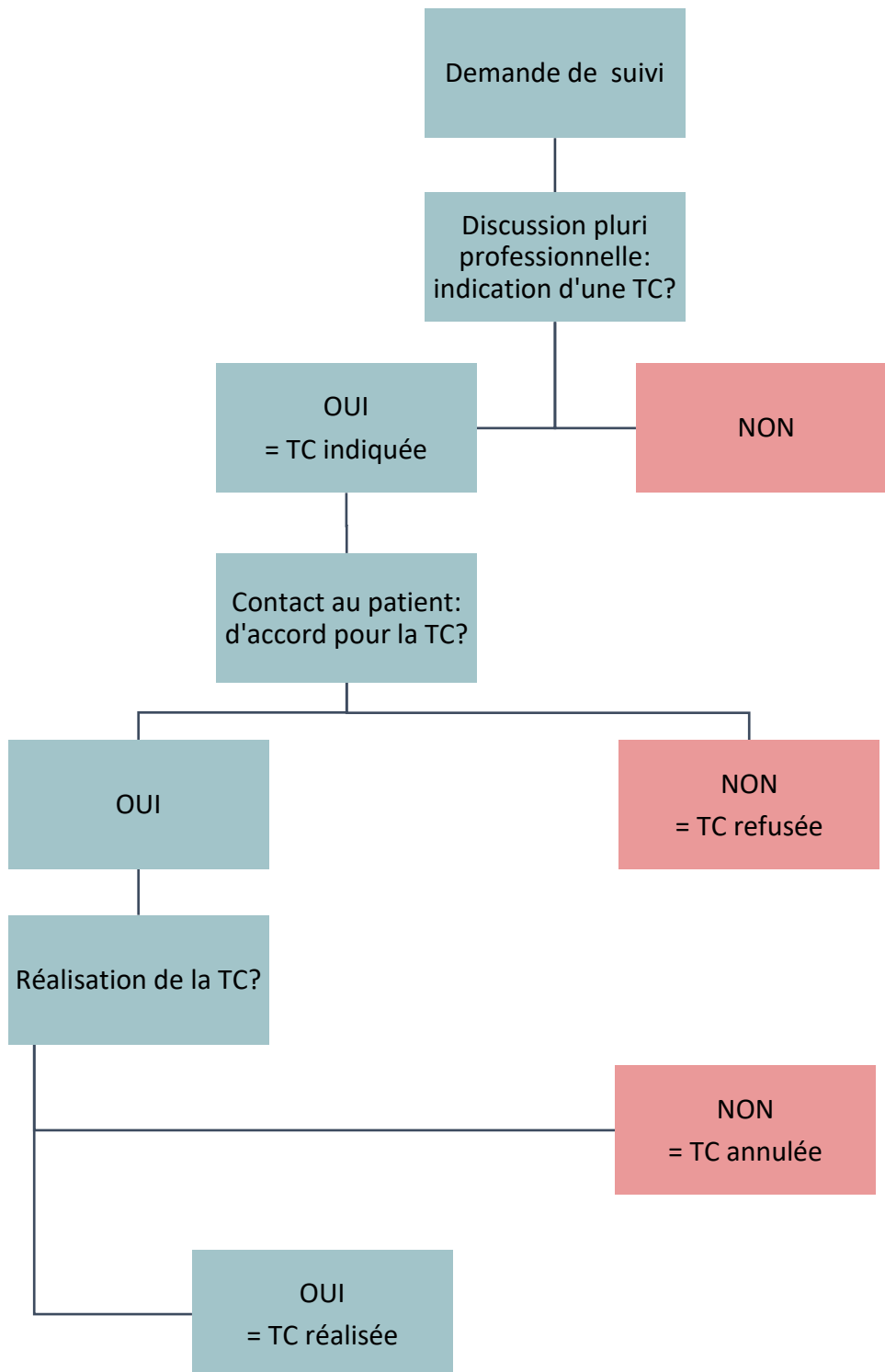
La première partie précise la date, l'identité du patient, les différents participants à la téléconsultation et le motif pour lequel la téléconsultation a été retenue. Un membre de l'EMSP validait oralement l'accord du patient à la réalisation de la téléconsultation et le spécifiait dans cette première partie.

La deuxième partie est consacrée au dossier médical. Elle comprend le(s) motif(s) de téléconsultation, l'interrogatoire et les différents symptômes, ainsi que les éléments cliniques pouvant être relevés. Le professionnel de l'EMSP y notait aussi la synthèse et les propositions thérapeutiques et de suivi.

La troisième partie répertorie la durée de la téléconsultation et la date d'information du médecin traitant, si ce dernier avait pu être informé de la réalisation de la téléconsultation.

La quatrième partie est une annexe où sont notés les ressentis du patient et/ou des proches, de l'équipe et les incidents éventuels survenus durant la téléconsultation.

La fiche B était remplie au cours de la téléconsultation et complétée dans la demi-heure qui suivait, puis, cette fiche était conservée dans le dossier papier du patient conservé dans les bureaux de l'EMSP.

Algorithme de prise en charge par téléconsultation

TC = téléconsultation

3. Recueil des données

Pour réaliser le recueil des données d'intérêt de l'étude, une fiche a été créée. (ANNEXE 3) Celle-ci a permis d'extraire les données concernant le patient pour lequel une ou plusieurs téléconsultations a/ont été réalisée(s). Certaines données, notamment épidémiologiques, étaient recueillies avant la téléconsultation :

- L'âge du patient ;
- Le sexe du patient;
- Le mode de vie du patient;
- La pathologie initiale dont le patient souffre,
- La personne ayant fait la demande d'intervention de l'EMSP;
- Le motif initial de la demande d'intervention par l'EMSP;
- Le motif retenu pour la réalisation d'une téléconsultation.

Des indicateurs du processus de soins ont été recueillis pendant ou directement après la téléconsultation:

- La réalisation ou non de la téléconsultation et le motif de non réalisation le cas échéant;
- La survenue ou non d'un incident durant la téléconsultation;
- Les différents intervenants;
- La durée;
- Les propositions thérapeutiques;
- Les propositions de suite de prise en charge;
- Le ressenti du patient et/ou de la famille;

- Le ressenti des intervenants de l'EMSP;
- L'information au médecin traitant.

Ces données ont été retranscrites par moi-même à partir du dossier du patient et de la fiche B. Puis, à partir de la fiche de recueil des données, nous avons fait une analyse afin d'extraire les données d'intérêt que j'ai ensuite organisées dans un tableau Excel.

Par ailleurs, cette étude a été couplée à des entretiens écrits auprès des membres de l'EMSP. Un questionnaire préalable à la réalisation des téléconsultations (ANNEXE 4) nous a été distribué afin de recueillir notre ressenti avant la mise en place de l'outil qu'est la téléconsultation. Un questionnaire similaire nous a été adressé à l'issue des 5 mois de l'étude (ANNEXE 5).

4. Cadre légal

La confidentialité du patient est garantie car aucune donnée permettant son identification n'a été retranscrite.

De plus, cette étude a été inscrite au bureau des études internes réalisées au Centre hospitalier de Haguenau.

III. Résultats

En tenant compte des critères d'inclusion, une téléconsultation a été exclue des résultats car elle n'avait pas été faite dans le cadre d'un suivi avec l'EMSP.

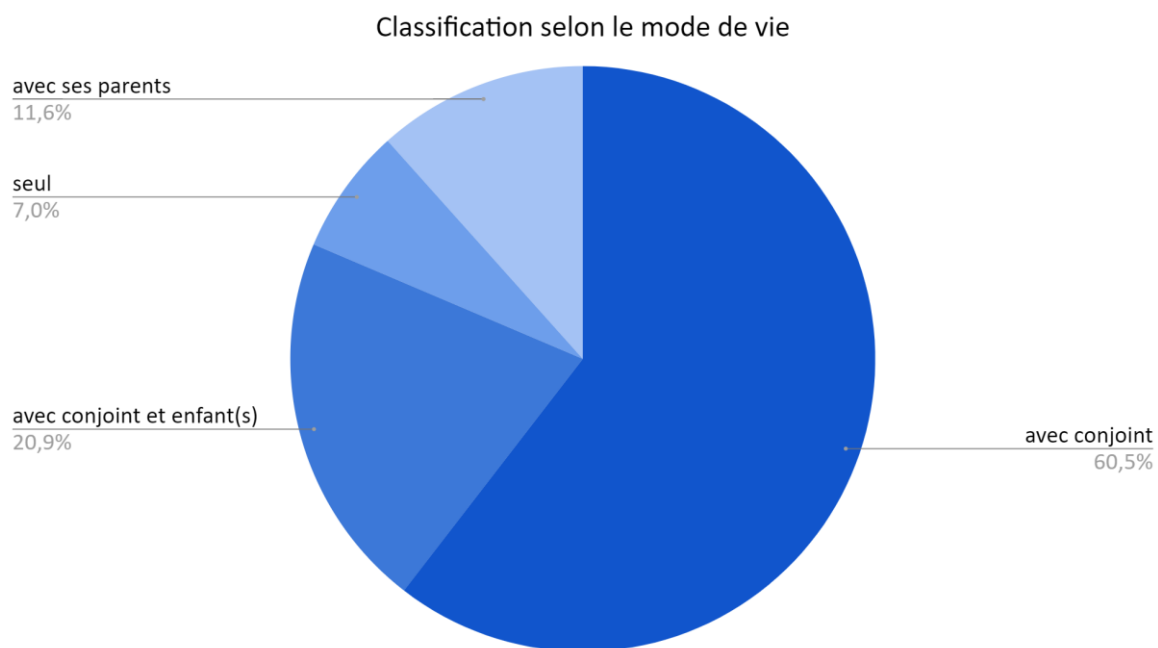
Quarante-trois téléconsultations ont été indiquées durant la période d'intérêt.

1. Profil épidémiologique des patients

- Classification selon le mode de vie

Sur l'ensemble des 43 téléconsultations, 26 patients vivaient avec leur conjoint uniquement, 9 vivaient avec leur conjoint et leur(s) enfant(s), 3 vivaient seul et 5 vivaient avec leurs parents.

Les patients vivaient donc majoritairement avec leur conjoint.



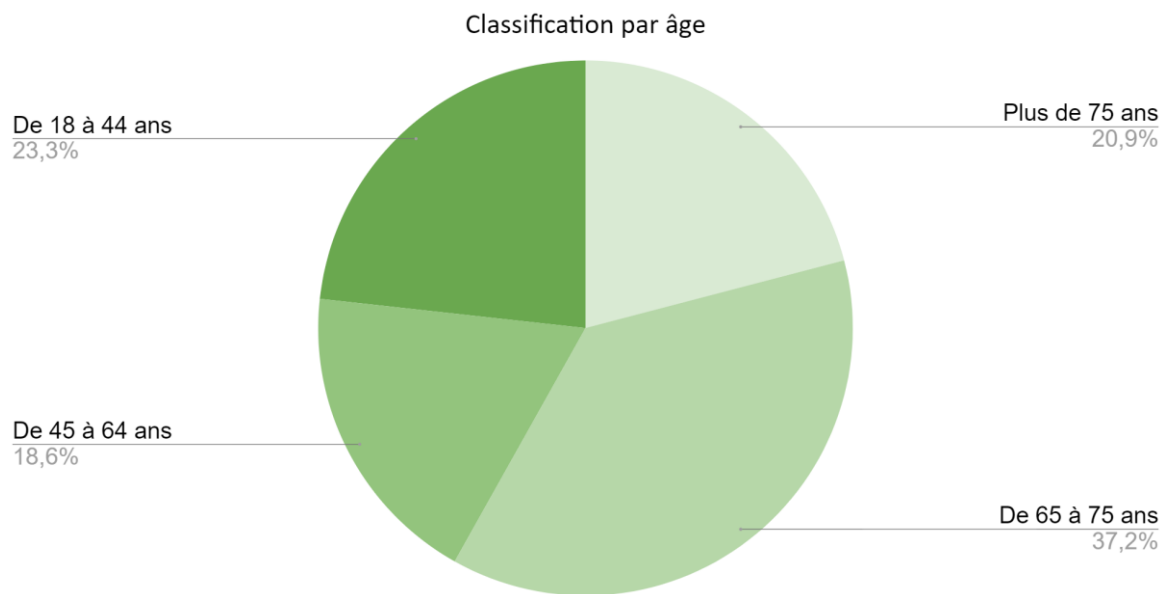
- Classification par sexe

25 téléconsultations ont été indiquées chez des patients de sexe masculin et 18 chez des patientes de sexe féminin.



- Classification par âge

Concernant l'âge des patients chez qui une téléconsultation a été indiquée, 10 patients avaient entre 18 et 44 ans, 8 patients avaient entre 45 à 64 ans, 16 avaient entre 65 et 74 ans et la catégorie de plus de 75 ans a été représentée lors de 9 téléconsultations.

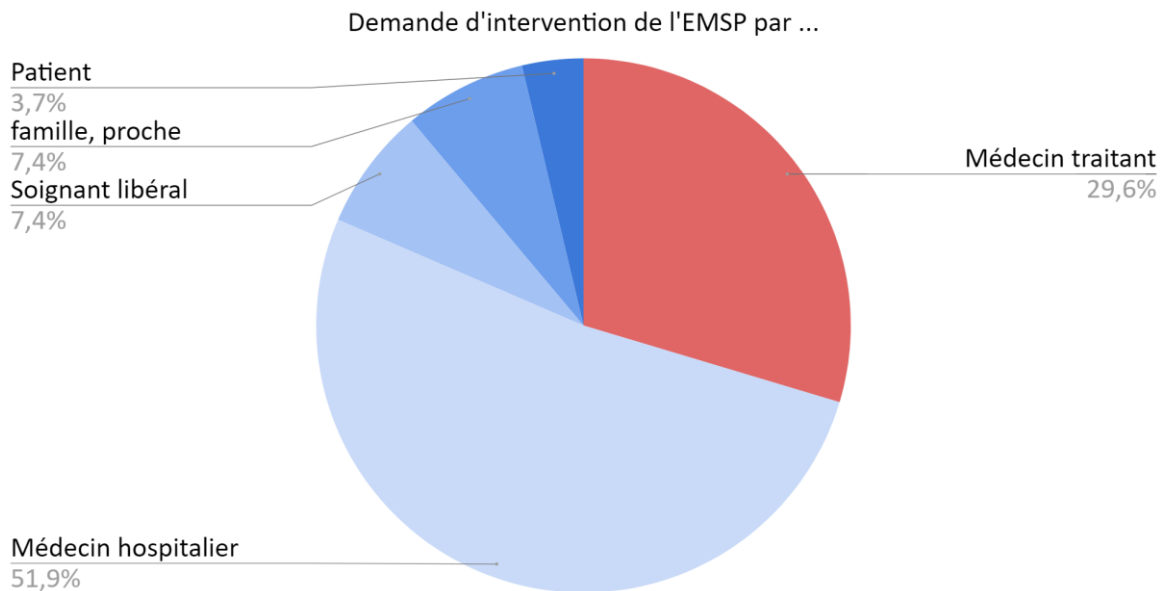


2. Profil palliatif des patients

Les 43 téléconsultations ont été indiquées chez 27 patients différents, c'est-à-dire que certains patients ont bénéficié de plusieurs téléconsultations au cours de leur suivi.

- Demande d'intervention

Si ne sont prises en compte que les premières téléconsultations de chaque patient, soit 27 téléconsultations, nous constatons que la demande d'intervention de l'EMSP au cours du suivi de patient en soins palliatifs a été faite dans 8 cas par le médecin généraliste. La majorité des demandes émane des médecins hospitaliers, soit 14 cas. Le reste des demandes ont été faites par un soignant libéral dans 2 cas, par la famille ou un proche du patient dans 2 cas et par le patient lui-même dans 1 cas.

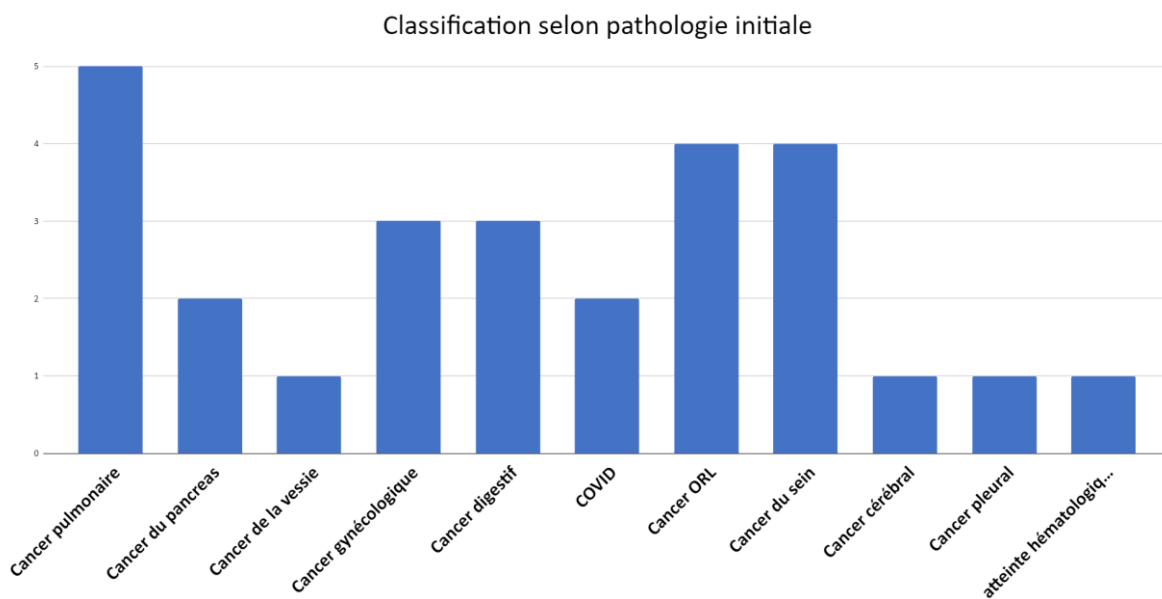


Pour les patients ayant eu plusieurs téléconsultations, celles-ci ont à chaque fois été indiquées par l'EMSP sans nouvelle demande d'intervention.

- Classification selon la pathologie principale

Les pathologies des patients ayant bénéficié d'une téléconsultation sont variées. Il y a majoritairement des pathologies cancéreuses. En effet, sur les 27 premières téléconsultations, 5 téléconsultations ont été réalisées chez des patients ayant un cancer pulmonaire, 2 ont été réalisées chez des patients ayant un cancer du pancréas, 1 téléconsultation chez un patient ayant un cancer de la vessie, 3 téléconsultations chez des patients ayant un cancer gynécologique. Il y a également eu 3 téléconsultations chez des patients ayant un cancer digestif. 4 téléconsultations ont été faites chez les patients avec un cancer ORL, 4 également chez les patients avec un cancer du sein. 1 téléconsultation a concerné un patient atteint d'un cancer cérébral et 1 téléconsultation a concerné un patient ayant un cancer pleural.

Concernant les pathologies qui ne sont pas en lien avec un cancer solide, 1 téléconsultation a été réalisée chez un patient ayant une atteinte hématologique. 2 téléconsultations concernent des patients atteints d'une infection à COVID.



3. Prise en charge palliative

- Motifs de la téléconsultation

Sur les 43 téléconsultations indiquées, 41 avaient un motif unique et seulement 2 téléconsultations avaient plusieurs motifs.

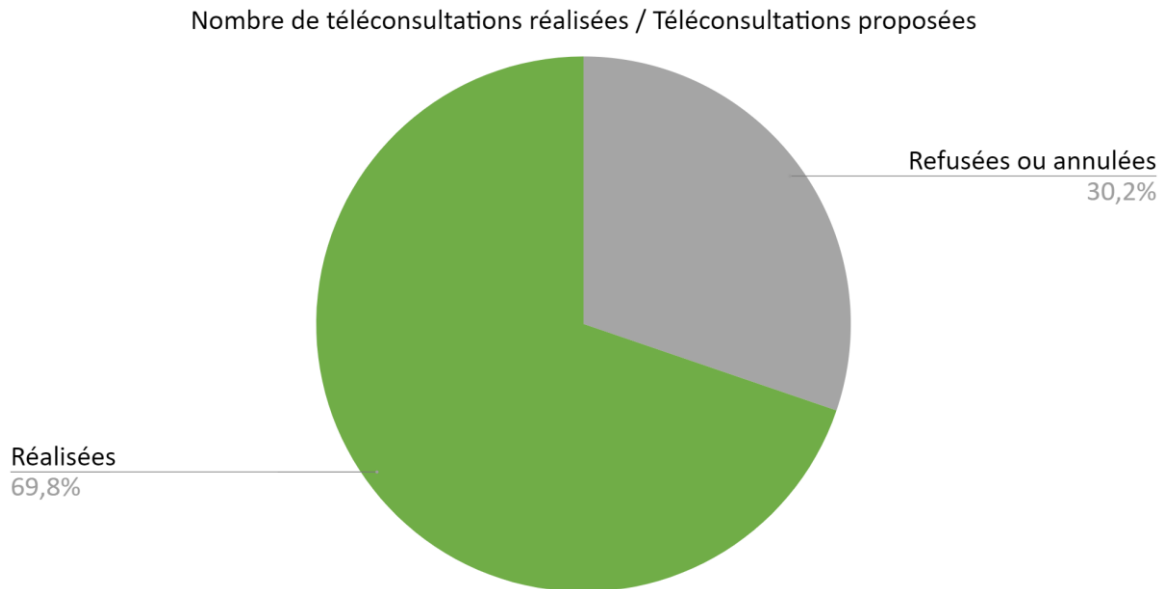
Les téléconsultations pour motif médical concernent 16 téléconsultations dont une a été réalisée pour plusieurs motifs.

Les motifs médicaux sont principalement la réévaluation d'un patient ayant déjà été vu à domicile (5 téléconsultations) et la prise en charge de symptômes (4 téléconsultations). Les symptômes concernés sont la douleur et l'anxiété. Concernant les autres motifs médicaux, il y a la réalisation d'une évaluation initiale (3 téléconsultations) ou simplement une prise de contact (3 téléconsultations). Pour une téléconsultation, le motif était le soutien aux aidants et pour une téléconsultation, c'était l'évaluation de l'indication d'une hospitalisation.

Concernant les autres téléconsultations, 23 ont été indiquées pour motif psychologique et réalisées par la psychologue seule. 2 téléconsultations ont été indiquées pour soins de confort. Le motif était la préparation à l'hypnose dans les 2 cas. 2 téléconsultations ont été indiquées pour motif social et ont été réalisées en présence de l'assistante sociale.

- Réalisation des téléconsultations et réponse au motif initial

Sur l'ensemble des 43 téléconsultations indiquées par l'EMSP, 30 téléconsultations ont été effectivement réalisées. 13 ont été refusées par le patient ou annulées.



Les motifs de refus par le patient sont l'absence de besoins identifiés selon le patient ou les soignants libéraux (1 téléconsultation), les problèmes de réseau (2 téléconsultations) et la réticence du patient à l'utilisation de la téléconsultation (4 téléconsultations).

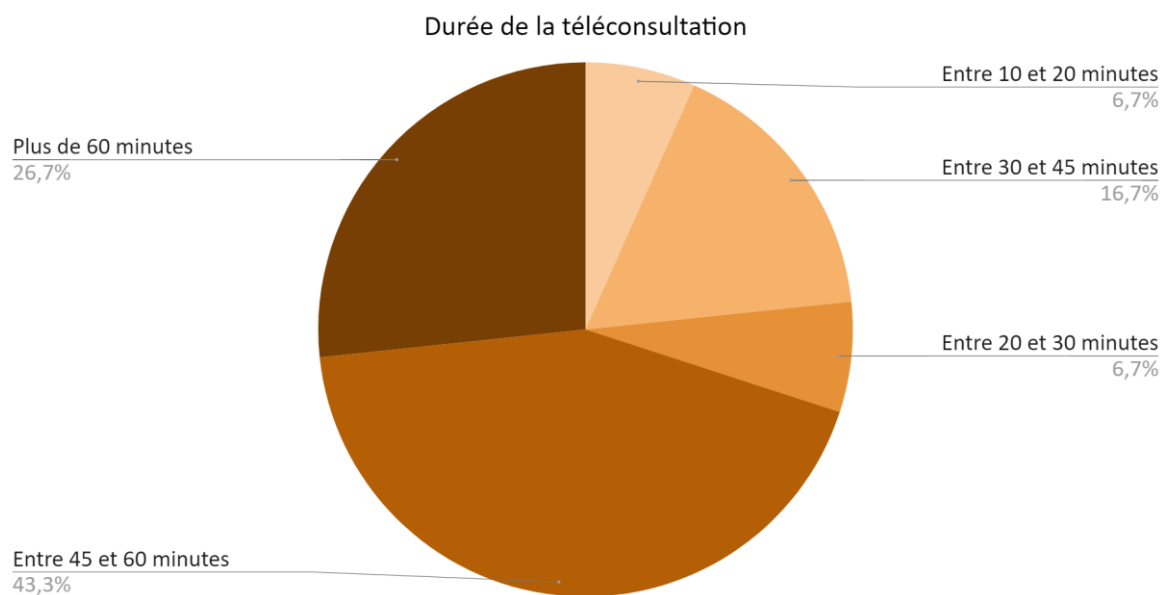
Les motifs d'annulation sont l'hospitalisation du patient avant la réalisation de la téléconsultation (1 téléconsultation), l'impossibilité pour les aidants d'être présents (1 téléconsultation) et le décès du patient (2 téléconsultations).

Dans un cas, la téléconsultation avait été initialement programmée mais annulée par le patient sans justification. Pour une autre téléconsultation programmée, le patient ne s'est jamais présenté au rendez-vous numérique.

Concernant la réponse apportée au patient et à la famille, la téléconsultation a pu répondre au motif initial dans 27 cas. Elle n'a pas répondu au motif dans 1 cas. Dans 2 cas, l'information concernant la réponse au motif initial n'a pas été renseignée dans le dossier du patient.

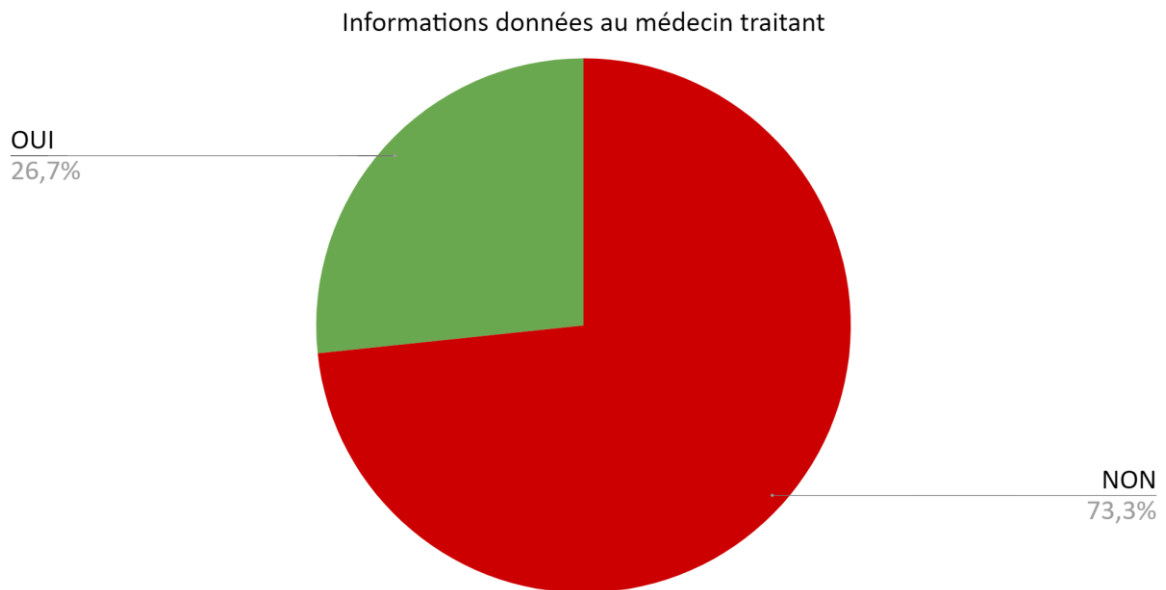
- Durée de la téléconsultation

2 téléconsultations ont duré entre 10 et 20 minutes, 2 entre 20 et 30 minutes, 5 entre 30 et 45 minutes et 8 ont duré plus de 60 minutes. 13 téléconsultations ont duré entre 45 et 60 minutes.



- Information donnée au médecin traitant

Sur l'ensemble des téléconsultations réalisées, le médecin traitant n'a été contacté que dans 8 cas après la réalisation de la téléconsultation pour être informé de la réalisation de celle-ci et des propositions thérapeutiques qui en découlent.



En ne prenant pas en compte les téléconsultations réalisées par la psychologue, l'assistante sociale ou pour des soins de confort, c'est-à-dire que nous ne prenons en compte que les téléconsultations réalisées pour motif médical, le médecin traitant a été informé à chaque fois.

4. Incidents

- Proportion de téléconsultations durant lesquelles il y a eu un incident

Sur l'ensemble des téléconsultations réalisées, il y a eu un incident au cours de 7 téléconsultations. Les incidents sont majoritairement dus à des problèmes de connexion ou de réseau.

5. Ressenti de l'équipe

Nous avons également recueilli le ressenti de l'équipe vis-à-vis de l'utilisation de la téléconsultation dans le suivi des patients par questionnaire individuel écrit.

- Avant l'utilisation de la téléconsultation

Sur l'ensemble de l'équipe, six questionnaires ont été remplis.

Les attentes concernant la téléconsultation étaient de permettre de maintenir un lien malgré la période COVID,

« *Garder une activité plus ou moins réelle* » E4

« *Outil pour maintenir du lien* » E1

« *Offrir une qualité de suivi en cette période COVID* » E6

en prenant moins de risques de transmission par rapport au virus.

« [...] en ces temps de Covid, pour limiter les contacts et les risques de transmissions du virus [...] » E4

« Accès au patient et à son entourage sans masque et sans risque » E6

Certains avaient également évoqué la possibilité d'évaluer le patient via cet outil,

« Evaluation + complète que l'appel téléphonique » E1

d'avoir un gain de temps comparativement aux visites à domicile

« Un suivi plus optimal du patient tout en évitant des VAD (pouvant être chronophage [...]) » E2

et de permettre de répondre à des demandes dans un délai moindre.

« Répondre à plus de demande dans des délais acceptables » E3

Les appréhensions exprimées par l'équipe étaient la réticence des patients

« J'ai peur que les patients soient réticents » E3

et la difficulté de prise en main de l'outil.

« Appréhension sur l'outil informatique, la mise en route du logiciel » E4

Ils signalaient aussi une dégradation de la relation soignant- patient qui ne serait pas syntone

« On arrive moins à établir une relation de confiance via télé consulte... » E4

« Absence de présence à l'autre, manque de spontanéité » E1

avec la possibilité d'un sentiment de non-accompagnement pour le patient.

« même l'équipe mobile de soins palliatifs ne se déplace pas » E2

« C'est moins évident de palper les émotions des gens » E4

Certains membres de l'équipe exprimaient la crainte de ne pas pouvoir répondre efficacement à la demande initiale qu'elle soit médicale ou autre.

« Erreur d'aiguillage, d'indication avec réponse pas forcément adaptée » E1

Les limites suspectées par l'équipe dans l'utilisation de la téléconsultation étaient l'absence d'examen clinique,

« J'ai peur de conclure à des diagnostics faussés car on ne voit pas le patient en vrai » E3

« Limite du non-tactile... » E4

les problèmes de connexion et de réseau,

« La qualité du débit internet » E6

la présence d'une tierce personne pour le support technique et un manque d'intimité avec le patient.

« Difficulté de pouvoir séparer le patient de la famille » E4

Les bénéfices attendus pour le patient étaient la présence d'un lien visuel

« Suivi plus personnalisé plus chaleureux qu'un appel téléphonique » E2

« Rassuré de voir le visage du médecin, même s'il est loin. » E4

« *Un visage, une présence, même dématérialisée, pour l'écouter et le soutenir*
 » E6

et une approche moins invasive que la visite à domicile.

« *Contact moins invasif, plus précoce dans sa prise en charge* » E1

« *[...] un moyen de créer un lien et de se présenter moins intrusif* » E2

Concernant la durée de la téléconsultation, l'ensemble de l'équipe préconisait une durée entre 30 minutes et une heure.

Globalement, à la question « Pensez-vous que la téléconsultation soit adaptée à une prise en charge en soins palliatifs ? », l'ensemble de l'équipe avait répondu favorablement.

- Après l'utilisation de la téléconsultation

Sur l'ensemble de l'équipe, quatre personnes ont répondu au questionnaire.

La téléconsultation a su répondre aux attentes de l'ensemble des membres de l'EMSP et notamment comme une alternative à la visite à domicile lorsque le planning était déjà complet.

« *Permet [...] un « affinage » de la problématique et de la VAD* » E2

« *Demande urgente de repasser à domicile faire le point et que nous ne pouvons pas honorer cette demande car planning VAD complet* » E4

La téléconsultation est présentée comme un outil d'évaluation ou de réévaluation.

« Alternative à la visite à domicile dans la réévaluation d'un patient/ son environnement » E1

Les limites rencontrées lors de l'utilisation de la téléconsultation étaient l'évaluation incomplète car l'examen clinique était impossible,

« Besoin de l'équipe de voir « cliniquement » le patient, la famille de visu et l'environnement » E2

« Nous ne pouvons faire l'économie de la rencontre en présentielle » E6

les problèmes de connexion et de réseau

« Les rares problèmes de réseau internet ont été une limite » E6

ou encore la mauvaise utilisation de l'outil par les patients.

« Parfois l'interlocuteur [...] ne parle pas en face de l'écran, se déplace trop vite et cela donne « le mal de mer » pour celui qui observe l'écran » E4

Concernant la relation soignant-patient, certains membres de l'équipe trouvaient la relation altérée et d'autres trouvaient que c'était une façon de réinventer le lien. D'autres ne constataient pas de différence dans la qualité de la relation soignant-patient.

« 1^{er} contact qui permet d'asseoir une relation de confiance » E2

« [...] a permis à chacun des acteurs de se réinventer dans sa façon de rentrer en lien » E6

Pour l'équipe, la téléconsultation est adaptée à la prise en charge palliative comme une ressource supplémentaire

« Je pense que sans la crise du covid, nous ne serions pas allés aussi facilement vers une prise en charge de ce type. Finalement, cette pandémie aura servi à faire avancer les techniques » E4

qui permet un gain de temps

« Je peux proposer plus de créneaux d'entretien » E6

et d'affiner le degré d'urgence des visites à domicile.

« Ce ciblage permet une réponse initiale plus adaptée » E2

Cela permettrait un contact plus personnel que l'appel téléphonique

« [...] car ils voient nos visages » E2

mais moins invasif que la visite à domicile. La téléconsultation permet également des échanges non masqués.

« [...] ce qui permet aussi de se voir sans le masque tout en restant à l'écoute de l'autre » E4

« La plupart ont beaucoup d'émotions et pleurent, mouchent, boivent pendant la consultation » E6

A la question sur la durée idéale de la téléconsultation, l'ensemble des réponses préconisait une durée entre 30 minutes et une heure.

IV. Discussion

1. Critique de l'étude

Cette étude expose un exemple d'utilisation de la téléconsultation par une EMSP pour le suivi de patients en soins palliatifs. Elle montre que la téléconsultation a su trouver une place dans la prise en charge en soins palliatifs.

Il faut tout de même souligner que cette étude a eu lieu sur une durée limitée et avec un nombre de téléconsultations restreint. Il existe donc un biais de sélection. De plus, une période de prise en main du logiciel Pulsy© a été nécessaire durant laquelle les téléconsultations ont été moins proposées. Cela a pu entraîner un biais de recrutement car les premiers patients pris en charge durant le second confinement ne se sont pas vus proposer la téléconsultation.

Par ailleurs, il aurait été intéressant d'avoir le retour des patients après la téléconsultation afin d'évaluer leur niveau de satisfaction. Cet item était prévu dans la fiche B mais, faute de données récoltées, aucun résultat n'a pu être exploité. Concernant les médecins généralistes, même s'ils ont été informés après chaque téléconsultation, cette étude ne prend pas en compte leur avis et leur ressenti sur l'utilisation de la téléconsultation.

Le fait que la fiche B ait été remplie directement pendant ou après la téléconsultation permet de limiter la perte de données. Avoir le ressenti des membres de l'EMSP avant et après la mise à disposition de la téléconsultation fournit une information supplémentaire intéressante afin d'argumenter l'utilisation de cet outil.

2. Profil des patients

Concernant le profil épidémiologique des patients, aucun profil ne se démarque. Que ce soit au niveau du mode de vie, du sexe, de l'âge ou de la pathologie initiale, toutes les catégories sont représentées.

Afin de savoir si la pratique de la téléconsultation a eu une influence sur le profil des patients, nous avons effectué une comparaison en nous appuyant sur le rapport d'activité de l'EMSP pour l'année 2019 (35), soit avant la crise sanitaire. Nous avons fait ce choix car les tendances étaient alors globalement stables depuis une dizaine d'années.

A cette époque, la majorité des patients suivis avaient entre 60 et 89 ans (35). Cette tranche d'âge est également la plus représentée dans notre étude.

Concernant le sexe des patients suivis en 2019, l'EMSP a suivi une majorité de femmes (35). Dans notre étude, les téléconsultations ont été réalisées majoritairement chez des patients de sexe masculin. Cette différence ne nous semble pas significative car elle est minime. De plus, si l'on compare nos résultats aux chiffres du

rapport d'activités de 2021 (37), l'EMSP avait suivi en majorité des patients de sexe masculin cette année-là.

Les pathologies principales des patients suivis par l'EMSP sont des cancers dans 83,97% des cas (35), c'est également la tendance que nous avons constatée lors de notre étude.

Globalement, si l'on compare le profil des patients de l'étude au profil des patients suivis par l'EMSP en 2019 (35), on constate que le profil des patients est sensiblement identique.

Il aurait été intéressant de recueillir le degré d'autonomie des patients lors des téléconsultations afin de voir si la perte d'autonomie est un facteur limitant à la réalisation de téléconsultation ou si l'environnement est suffisant pour pallier cela.

Dans notre étude, les demandes de suivi émanent majoritairement des médecins hospitaliers. Nous expliquons cela par la localisation de l'EMSP, dont les bureaux se trouvent dans l'enceinte de l'hôpital. L'ensemble des praticiens hospitaliers ont donc connaissance de l'existence de l'EMSP qui va également à la rencontre des patients en intra-hospitalier, ainsi que des équipes dans le cadre de formations. Autant de missions méconnues des médecins généralistes. En effet, un travail de thèse de médecine générale réalisé en 2017-2018 témoignait du fait que 67% des médecins interrogés ne connaissent pas exactement les missions des structures ressources en soins palliatifs (38).

Paradoxalement, dans le rapport d'activité de l'EMSP de 2019, les demandes d'intervention étaient faites à 40,72% pour un patient à domicile et seulement à 37,76% pour un patient hospitalisé (35). Cela pourrait nous laisser croire que les

demandes sont majoritairement faites par le médecin généraliste. Mais si l'on regarde le détail, les demandes sont faites seulement à 18,14% par un médecin libéral. Les autres demandes sont faites par d'autres intervenants à domicile (35). Ces résultats sont donc similaires à ceux de notre étude et pourraient témoigner d'un éventuel manque de connaissances des médecins généralistes concernant les ressources expertes de soins palliatifs à leur disposition (38).

3. Réalisation de la téléconsultation

On constate qu'un grand nombre de téléconsultations prévues n'ont pas pu être réalisées (30 téléconsultations effectives pour 43 téléconsultations prévues). Certaines ont été refusées par les patients et d'autres ont dû être annulées.

Concernant les refus, il est important de rappeler que la téléconsultation se fait avec le consentement du patient et celui-ci peut refuser la prise en charge par téléconsultation (39).

Les appréhensions des membres de l'EMSP évoquées avant la mise en place de la téléconsultation se sont confirmées, notamment concernant la réticence des patients vis-à-vis d'un nouvel outil. Il en est de même au sujet des problèmes de connexion internet, qui ont effectivement eu lieu à plusieurs reprises et ont altéré l'échange avec le patient.

Concernant les téléconsultations réalisées, elles ont su répondre au motif énoncé dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire qu'elles ont permis la prise en charge palliative de façon efficace. Il faut tout de même souligner que cette satisfaction dans la réponse au motif est l'avis des membres de l'EMSP et non du patient.

Les motifs étaient variés avec des problématiques chroniques comme la réévaluation ou des problématiques aiguës comme la prise en charge des symptômes. Les motifs étaient médicaux mais également psycho-sociaux. La téléconsultation permettait de maintenir la pluridisciplinarité de la prise en charge palliative, en allant même jusqu'aux soins de confort avec la préparation à l'hypnose. On constate également que, pour plusieurs patients, un suivi a pu être mis en place par l'intermédiaire de cet outil car ils ont eu plusieurs téléconsultations durant la période d'intérêt.

La téléconsultation permet un gain de temps en comparaison avec la visite à domicile notamment car il n'y a pas de trajet à faire. Effectivement, en 2019, le temps de transport total effectué par l'EMSP a été de 433 heures et 5 minutes pour un total de 15645 kilomètres parcourus (35). Il faut tout de même prendre en compte le temps nécessaire à la création du rendez-vous numérique et le temps de retranscription des données dans le dossier après la téléconsultation. Mais ce temps reste inférieur au temps de trajet.

La téléconsultation peut entretenir le lien ville-hôpital avec la possibilité de téléconsultations avec plusieurs professionnels dont le médecin généraliste. Il est dommage que cet aspect n'ait pas pu être exploré durant les téléconsultations. Le lien a tout de même été entretenu avec un retour systématique au médecin généraliste lors de téléconsultations pour motif médical.

4. Limites de la téléconsultation dans le suivi

Certaines limites suspectées par les membres de l'EMSP lors du questionnaire avant l'utilisation de la téléconsultation se sont concrétisées avec notamment la difficulté face à l'absence d'examen clinique possible.

Concernant l'appréhension de la prise en main du logiciel informatique, celle-ci ne s'est pas confirmée : l'équipe s'est senti relativement à l'aise avec le logiciel et a pu l'utiliser sans difficulté.

Au sujet du lien avec le patient, on retrouve deux avis dans l'équipe. Certains pensent que la téléconsultation altère la relation patient-soignant en mettant une distance alors que d'autres pensent que c'est une façon de réinventer le lien dans le soin. Ce point sera abordé dans la Discussion.

V. Conclusion

Cette étude des pratiques a permis un éclairage sur l'utilisation de la téléconsultation en soins palliatifs à l'EMSP du Centre hospitalier de Haguenau. Cet outil a su s'intégrer dans la prise en charge des patients en soins palliatifs et ouvre de nouvelles perspectives dans la discipline.

Il se présente comme un outil supplémentaire pour les praticiens qui permet de répondre aux différentes missions de l'EMSP : suivi, accompagnement, pluridisciplinarité, etc.

Il semble important d'adapter l'utilisation de la téléconsultation au profil du patient et à son acceptation des nouvelles technologies.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de pouvoir réaliser des téléconsultations en présence du médecin généraliste ou d'avoir son retour sur l'utilisation de la téléconsultation dans la prise en charge palliative. C'est dans cette optique que nous avons effectué une seconde étude afin de recueillir les pratiques professionnelles des médecins généralistes sur ce sujet.

ETUDE QUALITATIVE
auprès des médecins généralistes

I. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude qualitative dont le recueil des données a été fait par entretiens semi-dirigés individuels auprès de médecins généralistes. Ceux-ci ont été menés par moi-même, interne de médecine générale en huitième semestre. Il s'agissait de ma première expérience en recherche qualitative.

1. Les participants

La population cible était les médecins généralistes thésés, installés en cabinet de ville, seul, en association ou en collaboration dans le Bas-Rhin.

Les critères d'exclusion étaient tout médecin non thésé et/ou d'une autre spécialité que la médecine générale, exerçant dans un autre département que le Bas-Rhin ou en milieu hospitalier. L'activité devait être majoritairement libérale mais une activité mixte n'était pas un critère d'exclusion.

2. Constitution de l'échantillon

Nous avons contacté les médecins par téléphone, à partir des numéros de l'annuaire des médecins généralistes du Bas-Rhin de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Une courte présentation du travail de thèse était faite à l'interlocuteur qui était soit le médecin directement, soit le secrétariat.

Si l'interlocuteur était le médecin et que celui-ci donnait son accord pour participer à l'étude, une date d'entretien était directement fixée.

Si l'interlocuteur était le secrétariat, un mail d'information était envoyé au médecin (ANNEXE 6). Si aucun retour n'était fait dans les sept jours, un mail de relance était envoyé avec les mêmes informations. En cas de retour positif, une date d'entretien était fixée.

Un total de vingt-six médecins a été contacté selon cette méthode.

Le recrutement avait aussi été fait par le bouche-à-oreille. Ayant des proches dans le milieu médical, ceux-ci ont parlé de notre sujet de thèse autour d'eux. Deux médecins ont été recrutés de cette manière.

L'échantillon avait été sélectionné de façon raisonnée, c'est-à-dire qu'il reflétait une diversité d'expériences² afin que l'on puisse avoir le plus d'informations possibles sur le phénomène étudié.

² Contrairement aux études quantitatives qui nécessitent un échantillonnage aléatoire afin d'avoir une diversité de caractéristiques populationnelles générales (64).

3. Lieu des entretiens

Les entretiens ont eu lieu de juin à octobre 2022. La majorité des entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin généraliste interviewé. Un entretien a eu lieu sur mon lieu de stage et deux entretiens ont eu lieu par Visioconférence.

4. Recueil des données

Le déroulement de l'échange s'appuyait sur un guide d'entretien (ANNEXE 7). Celui-ci était composé d'une première partie de présentation, dont les informations ont ensuite servi à la réalisation du tableau de relevé des caractéristiques. Il y avait ensuite sept questions ouvertes, qui permettaient aux participants de répondre de façon libre et non influencée, et une question fermée de transition.

Ce guide avait été testé et amélioré à partir du premier entretien avec l'ajout d'une présentation succincte de l'utilisation de la téléconsultation par les équipes de soins palliatifs hospitalières.

Les entretiens étaient enregistrés par la fonction dictaphone de notre téléphone portable personnel et sont conservés jusqu'à la soutenance de thèse.

Un total de dix entretiens avait été mené. La durée médiane des entretiens est de 34 minutes, la minimale étant de 26 minutes et la maximale de 44 minutes.

5. Retranscription des données

Les enregistrements vocaux sont conservés uniquement sur le portable qui a servi à les enregistrer. Ils ont été ensuite écoutés et retranscrits *ad integrum* par nous-même sur Microsoft Word sur notre ordinateur personnel. Les entretiens retranscrits ont été anonymisés et pseudonymisés. Un numéro a été donné à chaque entretien afin de faciliter la lisibilité (de 1 à 10), précédé des lettres MG pour « médecin généraliste ».

6. Analyse des données

La méthodologie est basée sur une approche par analyse phénoménologique interprétative IPA³ et l'analyse des données a été réalisée jusqu'à suffisance des données.⁴

Une analyse expérientielle a été réalisée pour chaque entretien afin d'obtenir un codage initial et d'extraire les thèmes des différents verbatims. Ensuite, ces thèmes étaient analysés et regroupés selon des liens significatifs non chronologiques afin de créer des thèmes superordonnés.

Il n'y a pas eu d'utilisation de logiciel d'analyse des données qualitatives.

³ L'IPA a 3 spécificités : l'**échantillon homogène**, l'**approche idiographique** avec une interprétation centrée sur l'individu et le **double herméneutique** qui consiste à ce que le chercheur donne « *du sens au sens que les participants donnent à leur expérience vécue* » (40).

⁴ La suffisance des données survient lorsque le chercheur estime que le phénomène étudié a été suffisamment décrit et caractérisé. Dans l'analyse interprétative phénoménologique, c'est l'affirmation de la suffisance des données qui permet de cesser le recueil des données, et non la saturation (40).

Une double lecture a été faite par un médecin généraliste thésé lorsque les entretiens avaient été anonymisés afin d'éviter les biais d'interprétation et de conforter la validité des résultats.

7. Aspects éthiques et réglementaires

Avant chaque entretien, un consentement de participation était remis au médecin généraliste (ANNEXE 8). Il contenait des informations sur l'objectif de la thèse, l'enregistrement des entretiens et l'anonymisation des données. Ce consentement était lu en notre présence et expliqué au médecin. Il était ensuite signé de façon éclairée et nous était remis en mains propres ou par e-mail.

Cette étude ne nécessite pas l'avis d'un comité car elle ne comporte pas d'autres données que celles des entretiens retranscrits, qui, par ailleurs, ne contiennent pas de « *données sensibles* ». Elle ne contribue pas au développement ni de connaissances biologiques, ni de connaissances médicales. Elle ne modifie pas la prise en charge médicale habituelle du participant et ne lui fait prendre aucun risque.

Par ailleurs, mon travail était classé « Hors Loi Jardé » d'après l'outil mis à disposition par le Collège National des Généralistes Enseignants.

II. Résultats

1. Les participants

Numéro d'anonymisation	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Durée d'installation	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
MG1	61	Femme	Urbain	31 ans	Cabinet	32 min et 5 sec
MG2	46	Femme	Semi-rural	21 ans	Cabinet	40 min et 5 sec
MG3	38	Homme	Rural	6 ans	Cabinet	34 min et 43 sec
MG4	64	Femme	Urbain	33 ans	Cabinet	44 min et 14 sec
MG5	38	Femme	Urbain	6 ans	Cabinet	40 min et 36 sec
MG6	36	Femme	Semi-rural	6 ans	Cabinet	28 min et 28 sec
MG7	39	Homme	Semi-rural	7 ans	Cabinet	34 min et 30 sec
MG8	59	Femme	Rural	25 ans	Cabinet	35 min et 43 sec
MG9	39	Femme	Semi-rural	7 ans	En visio	26 min et 36 sec
MG10	39	Femme	Rural	10 ans	En visio	29 min et 52 sec

2. Les soins palliatifs selon les médecins généralistes

a. Une pratique complexe à définir...

Les médecins interrogés trouvent qu'il est difficile de définir les soins palliatifs.

« [...] la définition de la fin de vie est bien compliquée je trouve. » MG5

« Question difficile déjà [rire] » MG7

« Sympathique ta question ! [...] c'est un peu difficile à déterminer. » MG10

Ils en donnent tout de même une définition qui reprend la notion de globalité de la prise en charge et associent les soins palliatifs aux soins de confort et à l'accompagnement. Ils associent souvent soins palliatifs et mort.

« Des méthodes, des moyens mises pour améliorer la fin de vie d'un patient. Pas la survie. La fin de vie. » MG1

« [...] dans le soin de confort. Global. » MG2

« Donc alors c'est c'est le respect, [...] le bien être, l'absence de douleur, [...] d'accompagner ce qui apparaissait comme une force de déclin programmé » MG7

Un médecin a insisté sur l'arrêt des thérapeutiques lorsque le patient est en soins palliatifs.

« Je ne vais pas dans l'acharnement médicamenteux. C'est à dire que j'arrête tous les traitements qui me Jugent non nécessaires. [...] Y en a souvent une ribambelle hein ! » MG3

Cette prise en charge globale fait également référence à l'accompagnement de l'entourage,

« La prise en charge de l'extérieur, c'est-à-dire la famille. Être présent pour eux, leur expliquer les choses, enfin voilà quoi. » MG3

« [...] c'est ça aussi le palliatif. C'est que les uns et les autres puissent supporter d'accompagner une fin de vie » MG8

Surtout car la notion de soins palliatifs est parfois difficile à comprendre pour le patient et son entourage.

« ... une incompréhension quand même pour certains [...] Ils ont compris sans avoir compris la notion de soins palliatifs. » MG6

« [...] il faut euh vraiment rassurer, entourer les proches. C'est quelque chose ou on voit souvent une grande détresse familiale, une grande agitation [...] » MG8

b. ... et à entreprendre

La majorité des médecins interrogés se sentent en difficulté dans les situations palliatives

« En toute humilité hein ça reste des situations très difficiles pour lesquelles malheureusement la bonne volonté ne suffit pas toujours (rire). » MG7

« Euh dans quelle façon, dans quelles mesures on est, on sera solides pour faire ça, pour le faire aux autres [...] » MG8

Qui sont des situations qui demandent beaucoup de temps

« Mais c'est hyper chronophage [...] mais après le sentiment d'avoir fait le travail jusqu'au bout [...] » MG5

« [...] j'avais fait un suivi, ils avaient même sonné chez moi le soir à la maison, j'étais même allée le soir pour voir un peu. » MG8

Et d'implication émotionnelle.

« Le côté médicamenteux finalement il fallait pas grand-chose, c'était plus la prise en charge humaine. » MG5

« [...] j'sais pas si on fait exprès de les oublier » MG6

Un médecin souligne la connotation péjorative du terme « soins palliatifs » et sa crainte d'un frein à une bonne prise en charge.

« *Quand ils vont aux urgences, qu'on a besoin d'un truc vraiment aigu, il est étiqueté soins palliatifs, des fois c'est compliqué. Ça peut être un frein [...] » MG5*

Ils rapportent également un manque de formation.

« *Enfin faut dire clairement les choses [...] j'pense qu'on est pas forcément formés à ça. » MG6*

Un médecin affirme tout de même se sentir à l'aise avec les prises en charge palliatives.

« *J'ai aucun problème à... avec la mort [...] Faire partir les gens pour moi ça reste important » MG3*

c. Le lieu de fin de vie

Certains médecins généralistes associent la fin de vie à l'hôpital

« *[...] c'est encore mieux à domicile mais c'est souvent pas possible » MG4*

« *Le vrai palliatif à domicile euh j'en ai pas une expérience parce que [...] au dernier moment, l'hospitalisation. » MG8*

Malgré la volonté initiale des patients de mourir à domicile.

« Bah c'est souvent la même chose, [...] les gens commencent à avoir peur. [...] donc après ça a été un rapatriement à l'hôpital [...] » MG6

« Pleins de gens en parlent [...] y a une angoisse qui monte, il a demandé à être hospitalisé [...] c'est souvent comme cela. » MG8

Pour d'autres, la fin de vie à domicile est un accomplissement de leur rôle de médecin généraliste.

« Il faut savoir que je suis un médecin qui déteste euh... L'hôpital. [...] Donc je fais tout pour avoir le maintien à domicile et les accompagner à domicile » MG3

« Moi c'est juste l'échec si ça va aux urgences en fait. [...] » MG5

3. Le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients en soins palliatifs

a. La disponibilité

Les patients en soins palliatifs sont des patients qui demandent plus de temps. D'après les médecins interrogés, le médecin généraliste se doit d'être disponible.

« Dans ces cas –là [...] ils nous appellent même la nuit » MG3

« Si on est pas joignable pour nos patients ils peuvent pas rester à domicile c'est pas possible. » MG8

« C'est de pouvoir répondre un peu plus rapidement aux demandes. [...] peu importe le moyen, en visite, en consultation, en téléconsultation pourquoi pas. » MG10

Sans pour autant délaisser les autres patients.

« nous bah on peut pas être disponible tout le temps pour ces gens-là » MG6

« [...] je considère que je dois être disponible pour tout le monde toutes choses égales par ailleurs. [...] Et la permanence au cabinet vaut celle à distance. » MG7

Pour la majorité, cette disponibilité passe notamment par la visite à domicile.

« Ouais, ici on fait beaucoup de domicile. Faut savoir qu'on est une zone vraiment rurale » MG3

« Toujours place centrale de la visite à domicile parce que c'est quand même souvent visite à domicile les soins palliatifs concrètement (rire) » MG5

« Alors je pense que quand on est dans du palliatif il faut quand même y aller une fois par semaine et je me demande s'il faudrait pas y aller plus [...] les patients ont besoin de nous voir. » MG8

Alors que d'autres médecins ont l'impression d'accomplir une meilleure médecine au cabinet.

« Et on rend plus de, enfin, et on rend MIEUX service, on soigne mieux les gens au cabinet qu'au domicile du patient. » MG7

b. Les multiples casquettes du médecin généraliste

Dans cette prise en charge globale, les médecins interrogés disent devoir avoir des connaissances multiples pour gérer diverses situations

« C'est vrai qu'on fait tout en fait ! (rire) » MG2

Et devoir s'adapter en fonction du patient et de son environnement.

« Vous commencez à pressentir que quelqu'un pourrait éventuellement en avoir besoin » MG1

« [...] dans leur culture fallait pas en parler, que tant que ça n'arrivait pas on en parlait pas » MG5

4. La place du téléphone

Pour les médecins interviewés, le téléphone a une place centrale dans la prise en charge des patients.

« [...] jusqu'à présent j'avais les gens au téléphone. [...] Et tout ça ça s'est fait par téléphone. [...] » MG1

« [...] pour l'instant, l'outil téléphonique garde la main [...] » MG7

Il permet des échanges facilités.

« C'est surtout été des échanges téléphoniques auprès des professionnels de santé ou avec des des aidants » MG7

Certains médecins apparentent même le téléphone à une forme de téléconsultation.

« [...] on est pas forcément face à l'écran, dans les règles de l'art [...] Mais quand on a le coup de téléphone de la fille [...] » MG5

« [...] Enfin voilà mon expérience téléconsultation, c'est du téléphone (rire) » MG8

« Alors la téléconsultation on en fait pas mal [...] faudrait pas le dire mais surtout par téléphone [...] » MG9

5. La téléconsultation en soins palliatifs

a. Un nouvel outil pour répondre à la demande

La téléconsultation est perçue comme un phénomène de société, une adaptation aux modifications de notre époque et au manque de médecins.

« J'trouve qu'il faut pas généraliser en disant « ouais c'est la mode, il faut le faire » »

MG1

« Je trouve que c'est une réponse de société, voilà ! [...] on l'a surtout abordée parce qu'il y a un manque de... Il y a les déserts médicaux. » MG4

« C'est vrai que, oui, on vit dans une époque où le déplacement physique devient parfois un un problème » MG7

Un médecin définit la téléconsultation comme le descendant de la régulation.

« C'est des médecins généralistes qui faisaient cette régulation et j'en ai faite. Donc ça équivaut à une téléconsultation. [...] C'est un peu les prémices de ce qu'on peut faire en téléconsultation. » MG8

Certains médecins interrogés ont débuté la téléconsultation à cause de la pandémie liée à la covid-19.

« La téléconsultation ça a été à marche forcée (rire). » MG2

« A cause du covid. [...] je n'y aurais même jamais pensé autrement [...] » MG4

Alors que certains avaient débuté avant afin de répondre à un besoin repéré dans leur patientèle.

« La téléconsultation c'est une proposition que j'ai faite aux patients pour les aider au mieux. » MG3

« C'est presque un hasard, j'ai commencé tout juste avant le covid. [...] pour structurer la demande [...] » MG7

Aujourd'hui, les médecins interrogés accordent une place différente à la téléconsultation dans leur pratique quotidienne. Certains n'aiment pas cet outil.

« Ça m'a beaucoup aidé mais en réalité j'aime pas ça du tout [...] C'est pas quelque chose que j'aurais forcément gardé si euh... Si ça ne tenait qu'à moi. » MG2

« Ça dépanne, pour moi c'est un truc de dépannage [...] » MG5

Alors que d'autres laissent libre choix à leur patient de prendre un rendez-vous en présentiel ou en distanciel.

« [...] que eux prennent rendez-vous si si ils estiment que c'est nécessaire. [...] J pense que je leur laisserais le choix. » MG2

« [...] j'en fais, j'en propose [...] le premier onglet c'est « en consultation » ou « en vidéo ». [...] J'fais pas attention au planning en fait, chacun fait ce qu'il veut. » MG3

D'autres encore posent un cadre plus strict à leur patientèle.

« [...] j'essaye d'éduquer mes patients pour leur dire que c'est pas une consultation. » MG6

« J'ai presque envie de dire de faire un protocole [...] » MG7

Certains y voient un outil de réassurance pour les patients

« [...] le patient isolé peut aussi avoir besoin de euh... De plus parler, enfin voilà. La famille ou le patient [...] » MG2

« C'est un outil, ça veut dire ça peut être une réassurance [...] » MG6

Et pour le médecin.

« C'est certainement rassurant pour tout le monde » MG8

Malgré ces avis divergents, tous les médecins interrogés sont d'avis que la téléconsultation est un outil complémentaire à leur pratique habituelle.

« [...] l'un ne remplace pas l'autre, voilà. Que ça reste un complément [...] pas un remplacement » MG5

« En fait c'est un outil, en plus des consultations. » MG6

« Comme un complément. [...] Comme un outil supplémentaire [...] » MG10

Lorsque l'on parle de la téléconsultation en soins palliatifs, aucun des médecins interrogés n'avait entendu parler officiellement de cette pratique. Certains médecins sont étonnés

« *J'ai jamais pensé à la téléconsultation dans dans le palliatif* » MG2

« *Oui ça, tiens, j'avais pas pensé à ça* » MG4

Alors que d'autres en ont déjà fait l'expérience spontanément.

« *J'ai géré à la fois en présentiel et en distanciel, avec des relais* » MG7

« *Ça a été dans la suite logique des choses quoi. [...] on débriefait plutôt par téléconsult ou par téléphone tout court. [...]* » MG10

b. Les avantages

Lorsque l'on interroge les médecins interviewés sur les avantages de la téléconsultation, le principal avantage cité est le gain de temps, comparativement à la visite à domicile qui est chronophage.

« *Ben parce que les gens ne peuvent plus se déplacer et que les le déplacement pour le médecin c'est loin. Ça, Et parce que ça prend du temps* » MG4

« *Moins se déplacer à domicile. C'est un énorme avantage, c'est un gain de temps d'enfer chez des patients qui sont quand même chronophage [...]* » MG5

Un médecin évoque aussi l'avantage d'avoir l'intégralité du dossier à disposition.

« Ça permet d'avoir la totalité du dossier » MG2

Certains évoquent la possibilité de garder un contact plus étroit avec le patient et sa famille.

« Je pense qu'en soins palliatifs, y a beaucoup plus d'appels, de demande à être vu et ça peut baisser un taux d'anxiété chez les proches, chez le patient [...] » MG6

« [...] il y a une réponse quasi assez rapide à leur problématique, ce qui est qui est très rassurant pour eux, ils ne sont pas perdus, ils savent qu'il y a toujours quelqu'un au bout du fil, c'est extrêmement rassurant. » MG8

c. Les motifs envisagés

Certains médecins envisagent la téléconsultation en soins palliatifs pour une réévaluation

« [...] quand le médecin n'est pas forcément dans la capacité de répondre physiquement à la demande [...] ça permet aussi de clarifier l'urgent l'important le prioritaire, 3 mots qui en fait ne sont pas pareil. » MG7

« C'était vraiment pour faire le point. C'était à ça que ça servait finalement. » MG10

Ou d'autres motifs simples.

« Quand je fais de la téléconsultation ça reste toujours un peu pas de la bobologie »

MG3

« J'aime pas (rire) donc c'est vraiment pour des trucs bidons. » MG4

Le motif le plus évoqué est l'adaptation thérapeutique.

« Sans y avoir réfléchi mais probablement l'adaptation d'un traitement antalgique. »

MG2

« Qu'est ce qui pourrait être un motif ? (silence). Adaptation antalgique ça c'est sûr »

MG5

d. Les limites

Plusieurs médecins ne sont pas à l'aise avec la téléconsultation

« J'suis fichée dans certaines structures comme quelqu'un étant hostile à la téléconsultation » MG1

« [...] j'aime pas voir ma tête, enfin, ça j'aime pas trop non plus, de me voir en écran, ni que mes patients me voient à l'écran [...] » MG8

Et certains pensent que ce sentiment est partagé par les patients.

« Parce que si on laisse le choix au patient il va forcément vouloir préférentiellement une visite à domicile. (silence) » MG2

« En fait la limite viendrait pas de moi en tout cas. J pense pas que les limites viennent du soignant [...] » MG6

Certains médecins vont jusqu'à dire que la téléconsultation entraîne une dévalorisation du métier de médecin généraliste et crée des dérives dans les pratiques de la médecine.

« J préfère qu'ils viennent, qu'ils se bougent. Qu'ils soient pas assistés à 100% et la téléconsult je trouve c'est un assistanat encore plus important. » MG4

« On est pas que des prescripteurs et j'aime pas la téléconsult parce que j'ai l'impression que ça vire un truc [...]. » MG5

Il ressort également que les conditions de travail lors de la consultation ne satisfassent pas les médecins interrogés, notamment car il y a une inégalité de chance selon les patients si la prise en charge est faite par téléconsultation.

« [...] je vois pas mon papi de 75 ans créer son compte Doctolib© et se connecter [...] ici y a encore pleins de zones blanches » MG3

« C'est la génération future qui sera 100% connectée mais la pour l'instant il y a tout un tas de gens qui ne savent... Comprennent pas [...] » MG4

Les médecins interrogés prétendent que les motifs de téléconsultation sont limités, notamment lorsqu'il s'agit de pathologie ou de problématique aiguës.

« Y a des choses [...] Que j'ai le sentiment en tout cas qu'j'peux pas bien faire en téléconsultation. » MG2

« [...] la disponibilité des créneaux de téléconsultations de manière officielle [...] soins palliatifs il faut aussi penser un peu au terme d'urgence [...] » MG3

« [...] la téléconsultation n'est pas, c'est pas un bon outil de la panique (rire) du motif urgent (rire) [...] » MG7

Ces conditions de travail détériorées seraient aussi le fait d'un manque d'attention du médecin et du patient.

« Ah oui ils restent chez eux à la limite la télé est allumée pendant que vous êtes en Visio avec eux. » MG4

« Puis y a une distractibilité aussi mine de rien [...] j'ai pas la même force d'attention je dirais devant un ordinateur qu'en face de la personne. » MG5

Un médecin interrogé évoque aussi le manque de connaissance juridique au sujet de la téléconsultation et cela le met davantage mal-à-l'aise.

« Moi ça me pose un problème [...] en France de façon générale, il commence à y avoir les premières plaintes au niveau des téléconsultations. » MG1

6. La relation médecin-patient et l'évolution du lien via la téléconsultation

a. Un pourvoyeur de solitude

La téléconsultation est vue comme une barrière à la relation entre le médecin et le patient

« Mais en médecine je crois qu'on a quand même besoin de garder le lien. Le contact direct ça donne des informations phénoménales. Surtout quand on a une pratique comme un médecin généraliste. » MG4

« Enfin barrière humaine quoi. [...] D'être à coté et pas à 500 bornes mais ça peut vraiment débloquer des trucs, ça je le dis. » MG5

Et à la confiance.

« Quand vous avez quelqu'un à distance, sur une, sur un écran, que vous ne connaissez pas, vous z'allez pas dire (silence) tout ce qu'il y aurait à dire. » MG1

« [...] y a des situations ou faut prendre le temps. Et même si c'est 5 minutes et pas 3, [...] ça leur fait du bien quoi. » MG3

Les médecins pensent qu'elle accentue l'isolement des patients,

« Ça met de la distance et en fait au sens propre et au sens figuré. » MG2

« Je pense que la téléconsult va forcément accentuer ce genre de de de situation de solitude. [...] Beaucoup d'isolement à cause des écrans, des réseaux, des modes de communications dématérialisés. [...] En rajouter en médecine ? Non. » MG4

Pouvant aller jusqu'à la déshumanisation de la médecine générale, selon certains médecins interrogés.

« Je crois que c'est surtout la déshumanisation. [...] téléconsultation en soins palliatifs je trouve ça encore plus monstrueux à la limite que dans que dans le tout-venant. » MG4

« J'pense qu'on perd tout un côté. [...] Tout le côté un peu humain du truc. (rire) La richesse de notre purée de métier, bon sang de bonsoir. » MG5

b. Ou un complément pour entretenir le lien

D'autres médecins pensent que la téléconsultation est un moyen de faire perdurer le lien entre le médecin et le patient, ainsi qu'entre le médecin et les aidants. Ils sont favorables à la téléconsultation en soins palliatifs car cela permet d'accentuer le suivi chez ces patients qui sont demandeurs.

« Pour moi le suivi c'est hypra important. [...] Moi ça me plait même si c'est pour pas dire grand-chose, moi ça me plait de ouf » MG3

« [...]j'vais dire un lien médecin patient plus continu euh... Plus rassurant, plus apaisant » MG6

Pouvant aller jusqu'à la libération de la parole dans ces situations où les mots sont parfois compliqués à poser.

« *Parfois le fait d'être à travers un ordi c'est p'tet plus simple de dire les choses aussi. En fait.* » MG5

Mais cet outil doit rester un complément à la prise en charge palliative habituelle du patient et de sa famille.

« *Pas de généralité mais ça peut être même mixte [...] c'est-à-dire quand il y a besoin téléconsultation, quand il y a besoin de visite, visite.* » MG9

7. « Ne pas pouvoir entrer en contact réel »

MG4

a. Nos perceptions mises à mal...

Les médecins interrogés ont fait part de la difficulté principale ressentie lors de la téléconsultation comme étant le fait de ne pas pouvoir « *entrer en contact réel* » avec le patient.

La parole est difficile à initier et à alimenter.

« Tout faire à distance c'est pas toujours bien. [...] il faut garder [...] une proximité surtout quand on va délivrer des informations qui peuvent avoir un retentissement émotionnel. » MG7

Le sens de la vue est réduit. Les médecins ne sont pas sûrs de l'information perçue.

« Faut que vous voyez les gens, faut qu'il y ait une expression, y a la mimique, y a l'attitude. » MG1

« Quand on regarde la personne on voit la communication non verbale [...] A travers un écran c'est plus compliqué. » MG5

Le sens du toucher n'existe plus dans cette pratique de la médecine et cela perturbe les médecins interrogés. Au-delà de l'absence d'examen clinique, c'est une partie de l'empathie qui n'est plus possible.

« On a besoin de toucher, de serrer une main [...] mais oui on est quand même des humains ! » MG4

« J'pense quand une personne est en soins palliatifs elle a ptet plus besoin de contact humain que par euh par l'intermédiaire d'un écran » MG9

Certains médecins se basent sur leur sens clinique et celui-ci n'est pas identique en consultation classique qu'en téléconsultation.

« [...] (c'est une barrière) à la vraie rencontre, à la vraie compréhension [...] de ce qu'il se passe autour. » MG4

« Après j'me méfie quand-même en Visio, ce qu'on ressent pas quand on est au lit du patient en fait. » MG6

b. ... restituées par les intervenants à domicile

Le rôle des intervenants à domicile est primordial dans la prise en charge palliative à domicile et ce sentiment est partagé par la grande majorité des médecins interrogés.

Le travail avec les infirmier(e)s à domicile IDEL est indispensable à une bonne prise en charge, étant donné leur disponibilité et leur connaissance du patient.

« Ça donne aussi objectivement [...] une information sur l'état du patient [...] Avec l'expérience que j'ai, je me vois pas... Plus le faire avec l'intervention des infirmières. » MG2

« [...] faut pas oublier je pense le rôle central de des équipes d'infirmiers. » MG8

Plusieurs médecins envisagent la téléconsultation avec l'aide de l'IDEL, qui devient alors « les yeux et les mains » du médecin.

Un médecin résume parfaitement cet intérêt.

« Tripartite : l'infirmier, le médecin et la téléconsultation. C'est des choses que je trouve parfaitement adaptées à ce genre de situation. » MG2

Les aidants sont également une alternative pour les médecins interrogés. Tout comme les IDEL, ils peuvent transmettre des informations qui ne sont pas perçues durant la téléconsultation.

« Y a des aidants très au clair, très rassurants parce que soins palliatifs c'est beaucoup plus l'aidant avec qui on interfère. » MG6

« [...] un aidant professionnel ou familial [...] qui sont tout à fait en capacité de rapporter l'information de façon tout à fait correcte. [...] On peut discuter à 3, ça fait avancer les choses. » MG7

8. L'EMSP, un soutien pour le médecin généraliste

Plusieurs médecins généralistes interviewés ont déjà travaillé avec l'équipe mobile de soins palliatifs de leur secteur.

« L'équipe mobile de soins pall [...] vraiment c'est un appui énorme, [...] très important pour la médecine générale. » MG2

« J'apprécie beaucoup oui. En plus ils donnent des tuyaux je trouve ça super. [...] C'est de l'émulation. » MG4

Ils ne font pas systématiquement appel à eux pour les situations palliatives mais lorsqu'ils sont en difficulté.

« [...] j'dirais on avait pas fait intervenir d'équipe palliative parce que [...] y avait pas de choses très compliquées à gérer » MG8

Les médecins interrogés considèrent les EMSP comme un soutien pour le médecin généraliste.

« [...] j'ai appris à travailler [...] avec l'équipe mobile de soins palliatifs. [...] ça m'a permis de de laisser partir la patiente. Voilà. D'accepter. [...] » MG2

« A force on s'attache sacrément purée [...] C'est là où j'appelais là [REDACTED] [EMSP] » MG5

9. Les autres formes de télémédecine

Les médecins interrogés évoquent spontanément d'autres formes de télémédecine que la téléconsultation.

Certains envisagent cet outil sous forme de téléexpertise entre le médecin de soins palliatifs et le médecin généraliste.

« C'est le lien patient-hôpital et encore plus dans ce genre de choses. D'avoir des médecin experts [...] » MG6

« J'ai presque envie de dire ça va plus être la téléexpertise si je puis dire qui va ptet avoir son sens » MG7

D'autres envisagent une télé réunion entre les différents intervenants de la prise en charge du patient.

« Ouais si on me propose une réunion pour discuter un peu ça ça me paraît cohérent [...] Je préfère une télé réunion juste entre médecins [...] » MG3

« [...] ça pourrait être plus intéressant si c'est pluridisciplinaire [...] Donc en en termes d'outil pour une meilleure concertation pluridisciplinaire [...] » MG6

III. Discussion

1. Les forces et les limites de l'étude

a. Les limites

Certains aspects de cette étude, notamment liés à sa méthodologie, semblent discutables et méritent d'être relevés.

L'échantillon est limité. Le nombre de dix entretiens est peu élevé. Il ne peut donc pas être considéré comme représentatif de la pratique professionnelle de l'ensemble des médecins généralistes du Bas-Rhin. Toutefois, le recueil des données a pu s'arrêter après dix entretiens devant le constat de l'absence d'apport de nouvelle information lors de l'analyse des deux derniers entretiens, ce qui correspond à l'obtention de la suffisance des données.

De ce fait, les données obtenues nous semblent tout de même pouvoir être considérées comme significatives et pertinentes.

Il existe un biais de sélection dans cette étude du fait d'un recrutement basé sur le volontariat et non sur le tirage au sort. Cela peut engendrer une différence entre les caractéristiques des médecins volontaires et les caractéristiques des médecins qui choisissent de ne pas répondre. De plus, ayant sélectionné les médecins appelés sur le site de la CPAM et n'ayant pas appelé l'ensemble des médecins du Bas-Rhin, nous avons également entraîné un biais d'échantillonnage qui contribue au biais de sélection.

Ce biais de sélection peut donc également entraîner un manque de représentativité de l'ensemble des médecins généralistes du Bas-Rhin.

Cependant, en recherche qualitative par IPA, l'échantillonnage se doit d'être ciblé et homogène (cf. Méthodologie). Nous avons donc essayé d'atténuer ce biais de sélection en prenant soin d'interroger des médecins aux caractéristiques diverses et variées, notamment au niveau de l'âge, de la durée d'installation et du milieu d'exercice.

b. Les points forts

Le choix de la méthode qualitative a été fait car cette étude s'intéresse au vécu et aux pratiques des médecins généralistes. L'étude qualitative est une étude avec une méthodologie basée sur la compréhension des besoins, des comportements et de la perception des individus. Elle est idéale lorsque les facteurs étudiés sont non-mesurables car subjectifs (40). Elle est donc tout à fait adaptée.

De plus, le guide d'entretien est composé majoritairement de questions ouvertes, ce qui favorise la liberté d'expression et rend les entretiens plus riches. Nous avons également été attentifs à ne pas prendre la parole lors des entretiens, sauf pour relancer la conversation, afin de limiter le phénomène de suggestion. La durée des entretiens témoigne de cette liberté d'expression est fait la force de cette étude. Les échanges avec les médecins étaient authentiques et spontanés, comme en témoignent les verbatims.

La méthode d'analyse des résultats a bénéficié d'une triangulation des données lors du codage et de l'analyse des entretiens. Cela permet d'éviter un biais d'interprétation et donc des résultats plus représentatifs. De plus, après triangulation des données, les résultats ont été discutés avec la directrice de thèse. Ce troisième regard permet d'appuyer la pertinence des résultats.

2. Le résultat principal

Nous exposerons ici le résultat principal de façon très succincte. Celui-ci sera développé en étant mis en lien avec la première étude dans la Discussion.

A travers cette étude, nous constatons que, pour les médecins généralistes, les soins palliatifs sont une pratique compliquée. Cela avait déjà été soulevé lors d'un travail réalisé en 2012. Ce travail a montré que la majorité des médecins généralistes ne se sentent pas à l'aise avec la prise en charge palliative à domicile. Ils sont enclins à un épuisement professionnel lié aux conditions de travail en soins palliatifs telles que le temps imparti, l'aspect éthique ou la lourdeur de cette prise en charge complexe. Les médecins sont en demande d'accompagnement psychiquement, professionnellement et socialement lors de situations palliatives (9,41).

La téléconsultation est également compliquée pour les médecins généralistes, notamment à cause de la privation de certains de leurs sens. Comme expliqué dans la première partie de cette thèse, la téléconsultation reste une pratique nouvelle. Les médecins généralistes se sont vu imposer l'utilisation de cet outil à cause de la crise sanitaire. Cela est confirmé par les médecins interrogés : la majorité d'entre eux ont débuté la téléconsultation lors du premier confinement de mars 2020. Il est tout de même important de noter que certains avaient débuté avant la période de la covid en étant sollicité par certaines applications de gestion des rendez-vous. Cela témoigne du fait que la téléconsultation répondait à une autre problématique que celles du à la covid. Certains médecins interrogés partagent ce sentiment en ayant repéré un besoin dans leur patientèle avant la crise sanitaire. Ce phénomène pourrait être en lien avec une demande croissante de soins qui s'inscrit dans notre société de surconsommation. En effet, les derniers chiffres de l'INSEE montrent une majoration de la consommation des soins de ville depuis plus de cinq ans (42). Pour pouvoir répondre à cette demande croissante, les médecins généralistes doivent adapter leur façon de travailler et trouver de nouveaux outils tel que la téléconsultation.

Associer les pratiques des soins palliatifs et de la téléconsultation ne fait que majorer le sentiment de déstabilisation du médecin généraliste et la majorité d'entre eux ne souhaitent pas intégrer la téléconsultation dans leur suivi en soins palliatifs.

La télémédecine trouve tout de même une place dans le suivi des patients en soins palliatifs aux yeux des médecins généralistes comme un outil pour les échanges. Elle peut renforcer le lien entre les intervenants dans la prise en charge du patient et elle a également une place pour le lien entre la ville et les équipes spécialisées de l'hôpital.

3. Les perspectives

Ce travail de thèse permet d'ouvrir de nombreux champs de recherche. On peut suggérer d'élargir le terrain d'étude à d'autres départements. Il serait aussi intéressant de réaliser une étude de terrain chez les médecins généralistes afin de voir en temps réel dans quelles mesures la téléconsultation peut s'intégrer dans leur pratique en soins palliatifs.

IV. Conclusion

Envisager la téléconsultation dans une prise en charge palliative ébranle les médecins généralistes. Etant déjà déstabilisés par les soins palliatifs et ayant une pratique relativement récente de la téléconsultation, le fait d'évoquer l'association de ces deux pratiques majore ce sentiment. Pour eux, associer soins palliatifs et téléconsultation complique leur prise en charge. Ils se sentent désarçonnés dans leur pratique de la médecine.

En revanche, ils y voient un avantage pour favoriser la communication avec le patient et sa famille, ainsi qu'avec les différents intervenants de la prise en charge. Ils envisagent la télémédecine dans leur pratique comme un outil de communication qui permet de favoriser les échanges et le travail en pluridisciplinarité. Ils sont en demande d'un lien ville-hôpital fort et pérenne.

DISCUSSION

I. La téléconsultation dans le suivi des équipes de soins palliatifs, une place déjà prise

1. Avec des avantages

a. Pour la prise en charge clinique

La situation sanitaire avec le Covid-19 et le deuxième confinement ont obligé les équipes médicales et notamment les EMSP à adapter leur façon de travailler. La téléconsultation est présentée comme un outil adéquat pour continuer à soigner malgré les distances imposées. L'utilisation de la téléconsultation par l'EMSP de Haguenau et notre présence en stage dans l'équipe à ce moment-là était une opportunité pour étudier ce phénomène.

Nous souhaitions initialement définir des motifs médicaux pour lesquels la téléconsultation serait idéale en soins palliatifs. Ces motifs auraient pu être présentés par la suite aux médecins généralistes afin qu'il envisage de les traiter éventuellement par téléconsultation. Au cours de notre étude, nous avons constaté que des motifs variés étaient possibles en téléconsultation, mais que ces mêmes

motifs étaient parfois traités par téléphone ou visite à domicile directement. Aucun motif ne nous est donc apparu comme propice à être traité préférentiellement par téléconsultation. De la même manière, nous aurions voulu mettre en évidence un profil épidémiologique de patient pour lequel la téléconsultation semblerait plus adaptée. Encore une fois, cela n'a pas été le cas. Aucun profil particulier de patient n'a été mis en évidence.

Malgré le fait que notre travail n'ait pas permis de mettre en évidence des motifs ou un profil de patient particulier, il a démontré que l'utilisation de la téléconsultation dans le suivi des patients en soins palliatifs par l'EMSP est possible. Dans notre étude, la téléconsultation a su répondre au motif d'interpellation de l'EMSP dans la majorité des cas. Les différents membres de l'EMSP étaient satisfaits de l'utilisation de cet outil pour leur pratique professionnelle individuelle mais également dans le cadre du travail pluridisciplinaire qui est indispensable pour le bon fonctionnement d'une EMSP.

La téléconsultation a déjà été utilisée par d'autres équipes de soins palliatifs sur différents continents et a également démontré son utilité.

Une étude qualitative réalisée en 2020 au Canada (43) avait pour objectif d'évaluer l'utilisation de la téléconsultation dans le suivi en soins palliatifs via FaceTime© de patients vivant en milieu rural. Un(e) infirmier(e) de soins palliatifs se rendait au domicile du patient et se connectait par téléconsultation avec un médecin de soins palliatifs resté à l'hôpital. Un total de quinze patients a été inclus dans cette étude et cet outil a permis un meilleur accès aux soins palliatifs à la population rurale.

Un retour d'expérience publié en 2019 dans le cadre du projet TéléPallia (44) a montré que la téléconsultation a pu être utilisée de façon efficace dans le suivi de patients en soins palliatifs vivant en EHPAD principalement pour les motifs suivants : prise en charge de la douleur, des troubles cutanés et de l'anxiété. Cela a également permis de diminuer le nombre d'hospitalisations.

b. Pour anticiper les situations aiguës

Dans notre première étude, les différents membres de l'EMSP attendaient de la téléconsultation que cela permette de maintenir un lien régulier afin d'anticiper les situations aiguës.

Dans la littérature, on retrouve également cette idée. La téléconsultation en soins palliatifs est décrite comme un outil de maintien du contact afin d'anticiper les problématiques (45). Une étude réalisée aux Pays-Bas en 2015 avait pour but d'étudier l'effet de la téléconsultation sur la relation médecin-patient chez des patients en soins palliatifs (46). Un des grands principes qui est ressorti de ce travail est le fait que la téléconsultation permet d'avoir des entretiens plus fréquents et réguliers avec les patients, ce qui nourrit la relation et permet de créer plus facilement une relation de confiance entre soignant et patient.

Ce point est également souligné par les médecins généralistes interrogés qui voient la téléconsultation comme un outil d'échange avec le patient, entre les visites à

domicile, pour de la réévaluation, de la réassurance et, *in fine*, pour anticiper les situations aiguës. Cet avantage avait aussi été relevé lors d'un travail de thèse de médecine générale, soutenue en 2020, qui décrit l'utilisation de la téléconsultation dans le suivi de patients en soins palliatifs hospitalisés à domicile (45). Dans cette étude rétrospective observationnelle, le suivi par téléconsultation a permis de diminuer le nombre d'hospitalisations via les urgences.

C'est un confort pour les patients car les séjours aux urgences sont souvent mal vécus.

c. Pour un gain de temps

Comme expliqué dans la première étude et également mis en évidence par les médecins généralistes, un des attraits de la téléconsultation est le gain de temps par rapport à la visite à domicile.

C'est d'ailleurs l'avantage principal exposé par les médecins généralistes interrogés. Les médecins généralistes sont de plus en plus nombreux à faire moins de visite à domicile depuis 2003 (47) faute de temps et de rémunération pour cet acte (48,49). Il est normal que l'outil téléconsultation leur semble intéressant. Cela est d'autant plus vrai pour les patients en soins palliatifs qui sont des patients chronophages et qui nécessitent un suivi très régulier avec une réévaluation plus fréquente que lors d'un suivi classique (9).

2. Et des limites

a. La connexion internet

Pour rappel, lors de notre première étude, il avait été répertorié un incident au cours de sept téléconsultations et ces incidents étaient majoritairement liés à des problèmes de connexion et de réseau.

Dans notre seconde étude, l'un des médecins généralistes interrogés avait également souligné cette limite en affirmant que certaines zones rurales sont encore des zones blanches et donc aucune connexion n'est possible.

Cette limite a été constatée par d'autres équipes de soins palliatifs et a été rapportée à travers un travail de thèse de médecine générale (50). Cette thèse française, soutenue en 2018, traite de l'utilisation de la téléconsultation pour permettre le déploiement des soins palliatifs par les EMSP de plusieurs centres hospitaliers de la région PACA, notamment dans les EHPAD. Les principales limites identifiées dans ce travail sont liées à des problèmes techniques tels que la mauvaise connexion. Cette limite a également été constatée lors d'une seconde étude française ayant également fait l'objet d'un travail de thèse de médecine générale dont nous avons déjà parlé précédemment (45). Le réseau défectueux entraînait une mauvaise qualité audio et vidéo qui altérait les échanges.

Il est intéressant de constater que dans la plupart des études, l'objectif est de favoriser l'accès aux soins palliatifs et notamment dans les zones rurales alors que ce sont ces zones qui ont une connexion et un réseau de qualité moindre...

b. L'omniprésence du soin

Une étude clinique réalisée aux Pays-Bas entre mai 2011 et janvier 2015 avait pour objectif d'évaluer le bénéfice pour les patients d'un suivi hebdomadaire par téléconsultation par une équipe de soins palliatifs, en complément de leur suivi classique (51). Ce travail était une étude randomisée en non aveugle. Soixante-treize patients ont été répartis en deux groupes : un groupe avec un suivi classique et un groupe avec une téléconsultation hebdomadaire en plus de leur suivi classique. Les résultats ont montré que les patients suivis par téléconsultation étaient significativement plus anxieux à partir de huit semaines de suivi, avec une symptomatologie plus difficilement supportable. Cela laisse supposer qu'un suivi trop régulier et l'omniprésence des soins à domicile via la téléconsultation est une source d'anxiété et d'angoisse pour les patients. Ce point n'a été retrouvé dans aucune de nos études mais, n'ayant pas recueilli l'opinion des patients, il n'est pas à exclure et il pourrait être intéressant à étudier ultérieurement.

II. Un outil qui peut altérer le lien

1. Le lien médecin-patient mis à mal

Dans notre première étude, les membres de l'EMSP de Haguenau avaient évoqué leur crainte d'un sentiment de non-accompagnement de la part du patient et de manque d'engagement de l'EMSP dans ses missions si celles-ci étaient remplies via la téléconsultation. Ils craignaient une dégradation de la relation soignant-soigné.

Cette crainte est également exprimée par les médecins généralistes qui voient la téléconsultation comme une barrière à la relation avec un risque de deshumanisation de la médecine.

Une étude qualitative réalisée aux Pays-Bas en 2013 avait pour objectif de décrire la pratique des soins palliatifs chez des professionnels de différents métiers médicaux et paramédicaux afin de permettre la bonne implémentation de la téléconsultation en soins palliatifs (52). Les professionnels interrogés voyaient également la téléconsultation comme un outil rendant la relation soignant-patient superficielle à cause du contact qui est bref et à distance. Ils pensent également que la distance peut mettre moins à l'aise le patient.

Les médecins généralistes interrogés soulignent une inégalité dans les soins apportés aux patients si la prise en charge se faisait par téléconsultation du fait de l'environnement différent de chacun: la téléconsultation accentuerait l'isolement de certains patients. Cela va à l'encontre même de notre rôle de médecin et de notre code de déontologie, notamment de l'article 7 qui dit que « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, [...] ou leur état de santé...* » (53). On peut alors comprendre la réticence des médecins qui ont ce sentiment à utiliser la téléconsultation notamment en soins palliatifs.

2. Un outil déstabilisant qui prive le médecin de ses sens

Malgré nos recherches, il ne semble pas exister d'études associant médecine générale, soins palliatifs et téléconsultation.

Une thèse de médecine générale soutenue en 2021 à l'Université de Strasbourg présentait la place de la téléconsultation en médecine générale dans *l'après covid* (54).

Ce travail confirme nos résultats sur plusieurs points.

a. Réapprendre à soigner à travers nos perceptions
modifiées

Les résultats de la thèse de 2021 (54) sont en accord avec nos résultats et notamment avec la crainte des médecins généralistes de moins bien effectuer leur travail à cause de l'absence du sens du toucher et de la modification du sens de la vue. Le manque d'informations par l'impossibilité de réaliser un examen clinique était aussi une des appréhensions des membres de l'EMSP de Haguenau.

Or il a été montré que la téléconsultation permet de mettre en avant d'autres facultés et notamment la parole. Une étude menée en 2020 en Nouvelle- Aquitaine montre que les patients ont le sentiment d'être mieux écoutés par le médecin à travers un écran car ils remarquent le regard du médecin vers l'écran et donc vers eux (55).

Cette liberté de parole serait aussi due à la distance physique imposée par l'écran. Cette distance réelle permet au patient de prendre de la distance au niveau affectif et de parler avec plus de facilité (56). Ce sentiment pourrait également être ressenti par le médecin qui pourrait également se sentir plus libre dans ses paroles.

Dans le contexte de soins palliatifs, où certains sujets sont parfois difficiles à aborder par le médecin et le patient, cette distance affective peut être un avantage.

Finalement, la privation du sens du toucher nous conduit à être plus attentifs à nos autres sens et notamment à celui de l'ouïe en étant plus à l'écoute de nos patients. Bien évidemment, cela est à contextualiser en fonction de la plainte du patient et de

son motif de consultation. Le toucher et l'examen clinique restent indispensables en médecine et la téléconsultation ne s'inscrit dans la prise en charge d'un patient que comme un complément à la prise en charge traditionnelle.

b. Et en soins palliatifs ?

Ce travail de thèse (54) traite de la téléconsultation en médecine générale de façon globale, alors que notre travail explore cette pratique dans le contexte de soins palliatifs. En comparant notre travail à celui-ci, nous constatons que le médecin généraliste retrouve les mêmes difficultés et les mêmes appréhensions que ce soit dans la téléconsultation du tout-venant ou dans la téléconsultation du patient suivi en soins palliatifs. On constate même que ces difficultés sont plus marquées dans le cas de soins palliatifs car la complexité de la prise en charge et le manque de connaissance du médecin généraliste accentuent leurs difficultés.

III. D'autres formes de télémédecine pour renforcer le lien ville-hôpital

Notre deuxième étude a confirmé le souhait d'accompagnement des médecins généralistes lors des situations palliatives. Même s'il ne voit pas la place de la téléconsultation dans la prise en charge des patients en soins palliatifs, le médecin généraliste est en demande de télémédecine sous d'autres formes.

Il est en demande d'un accès facilité et rapide à l'avis du spécialiste sous forme de téléexpertise par les équipes de soins palliatifs afin de pouvoir répondre au mieux aux besoins du patient. En effet, la téléexpertise a pour objectif de permettre à un professionnel médical (dit « requérant »), ici le médecin généraliste, de solliciter à distance l'avis d'un professionnel médical (dits « requis »), ici l'EMSP, en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient (57).

C'est une utilisation qui nous semble cohérente et qui pourrait répondre à un besoin de médecine générale.

Par ailleurs, même s'il ne s'agit pas de télémédecine à proprement parler, le médecin généraliste l'envisage comme un outil de communication pour favoriser les échanges

entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient sous forme de télé-réunion. Cela aurait pour but de promouvoir et de faciliter les échanges d'informations du patient afin d'optimiser la prise en charge mais également de structurer les échanges avec une traçabilité.

Nous ne développerons pas ce point davantage mais il semble pertinent de le citer et celui-ci pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche.

IV. Un échantillon qui ouvre vers de nouvelles perspectives

L'étude des pratiques faite à l'EMSP et les entretiens avec des médecins généralistes permettent de nous projeter vers de nouvelles perspectives.

1. La découverte d'une pratique méconnue ...

Aucun des médecins interrogés lors de notre seconde étude n'avait entendu parler de téléconsultation en soins palliatifs. Même si une minorité en avait fait l'expérience de façon hasardeuse dans leur pratique, cela reste une expérience exceptionnelle. En leur présentant les résultats de la première étude et les motifs pour lesquels une téléconsultation avait pu être faite, cela a permis de faire connaître cette pratique pour les médecins généralistes et les possibilités de prise en charge par l'EMSP par téléconsultation. La majorité des médecins interrogés étaient attentifs et ouverts à cette pratique par les équipes de soins palliatifs.

2. ... sans généralisation possible

Il est important de garder à l'esprit que la population étudiée dans la première étude n'est qu'un échantillon. D'une part, il s'agit d'un nombre restreint de patients sur une période courte et particulière car il s'agissait du second confinement. De plus, le profil des patients étudié est assez spécifique car il s'agit uniquement de patients complexes qui nécessitaient, à un temps donné, l'expertise d'une équipe spécialisée en soins palliatifs. Ce n'est pas le cas de la majorité des patients en soins palliatifs suivis par le médecin généraliste. Tout comme l'explique le carré de White (58) pour les patients hospitalisés, on pourrait appliquer cette réflexion aux patients en soins palliatifs suivi par le médecin généraliste : les patients nécessitant une prise en charge spécialisée par une équipe de soins palliatifs ne représentent qu'une faible proportion des patients suivis par le médecin généraliste. Les constatations faites sur l'échantillon à l'EMSP ne sont donc pas forcément adaptables au médecin généraliste et à sa prise en charge. D'ailleurs, en ce qui concerne la téléconsultation en soins palliatifs, la majorité des médecins généralistes interrogés n'envisagent pas de l'intégrer à leur pratique et considère cet outil comme un outil hospitalier.

3. Quelques perspectives d'étude

Concernant la temporalité, il serait intéressant d'étudier l'utilisation de la téléconsultation hors période de confinement et de voir si cette pratique perdure à l'EMSP.

De plus, il pourrait être envisagé d'intégrer le médecin généraliste à la téléconsultation réalisée par l'EMSP afin qu'il participe directement. Ce temps pourrait être rémunéré pour le médecin généraliste comme une téléconsultation par la cotation TC. En effet, il est possible de coter la téléconsultation pour plusieurs médecins participant à la même téléconsultation (23).

Cette expérience a déjà été réalisée aux Pays-Bas en 2015 (59) dans un travail qui étudie l'intérêt de la téléconsultation comme outil favorisant la prise en charge pluridisciplinaire et interdisciplinaire entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Cette étude conclut que les téléconsultations interdisciplinaires avec le médecin généraliste et les spécialistes en soins palliatifs sont peu fréquentes mais favorisent le dialogue, en plaçant le patient au centre de la discussion.

Concernant les motifs de téléconsultation et le profil des patients pour lesquels la téléconsultation aurait un intérêt supplémentaire, il serait intéressant de faire une étude statistique à plus grande échelle, éventuellement multicentrique et sur une population plus grande pour une durée plus longue également. Cela permettrait de

confirmer ou infirmer l'absence de profil particulier avec un niveau de preuve plus grand.

V. Et les patients dans tout ça ?

Il est intéressant de noter que sur l'ensemble des téléconsultations indiquées par l'EMSP lors de notre première étude, quatre patients ont refusé la téléconsultation car ils étaient réticents à son utilisation. Cela nous oblige à nous interroger sur l'avis des patients au sujet de l'utilisation de cet outil dans leur suivi en soins palliatifs.

Il serait intéressant d'avoir l'avis et le ressenti des patients qui sont effectivement suivis en soins palliatifs et qui ont bénéficié de téléconsultation(s). Le patient reste au centre de sa prise en charge et, malgré l'avis des médecins, cette pratique n'a pas lieu d'être si le patient ne se sent pas bien soigné par téléconsultation.

Malheureusement, dans les situations palliatives, le pronostic des patients est engagé à court ou moyen terme. La majorité des patients décèdent au cours du suivi. De plus, les situations palliatives sont des situations de maladies graves et incurables, il nous semble alors délicat d'interpeller les patients pour leur demander de répondre à un questionnaire ou à un entretien dans le cadre d'une étude.

CONCLUSION

L'utilisation de la téléconsultation par les équipes de soins palliatifs a été expérimentée par plusieurs équipes, dont l'EMSP de Haguenau qui a vu son organisation temporairement bouleversée par la crise sanitaire induite par la covid-19. Cet outil a su s'intégrer dans le suivi des patients de façon efficace et complémentaire à la prise en charge classique. La téléconsultation contribue à la prise en charge du patient en soins palliatifs tout en intégrant le côté pluridisciplinaire de ces équipes spécialisées.

Si la place de la téléconsultation n'est plus à prouver pour les équipes de soins palliatifs, il n'en est pas de même pour le médecin généraliste.

D'une part, il se dit en difficulté avec cet outil qu'il découvre et qui le dépossède de certains de ses sens. Il craint alors de ne pas avoir tous les éléments cliniques lui permettant une bonne prise en charge.

D'autre part, il craint la déshumanisation de la médecine et l'altération du lien avec le patient, lien essentiel dans la relation médecin-patient qui permet un accompagnement de qualité, notamment pour le patient en soins palliatifs.

Par contre, le médecin généraliste est en demande de télémédecine sous d'autres formes. Il envisage la télémédecine comme un outil de communication pour favoriser les échanges entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient sous forme de télé Réunion. Il est également en demande d'un accès facilité et rapide à l'avis du spécialiste sous forme de téléexpertise par les équipes de soins palliatifs afin de pouvoir répondre au mieux aux besoins du patient.

VU

Strasbourg, le 20/02/13

Le président du jury de thèse

Professeur ANDRÉS

VU et approuvé

Strasbourg, le 27 FEV. 2023

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

Professeur Jean SIBILIA

ANNEXES

ANNEXE 1 : fiche A

Date :

Identité



Indication retenue :

TELECONSULTATION N°

Participants :

Accord du patient: oui / non/ ne pouvant pas répondre

Si incapacité de réponse, accord de la personne de confiance : oui/ non

Réalisée : oui/ non

Si annulation, motif :

ANNEXE 2 : fiche B (4 pages)

Date :

Identité

Indication retenue :

TELECONSULTATION N°

Participants :

Accord du patient: oui / non/ ne pouvant pas répondre

Si incapacité de réponse, accord de la personne de confiance : oui/ non

Réalisée : oui/ non

Si annulation, motif :

Motif(s) de consultation :

Traitement :

Interrogatoire :

Symptômes et clinique :

- Examen général :

- Cardio :

- Pneumo :

- Digestif :

- Neuro :

- Cutané :

- Douleur(s) :

Organisation au domicile :

Synthèse et propositions réalisées :

Suite de PEC (prochain RDV,...) :



Durée de la téléconsultation :

Coordination :

- Information du médecin traitant le
-

Éléments d'analyse

Ressenti du patient et/ou de la famille sur la téléconsultation :

Ressenti de l'équipe sur la téléconsultation :

Incidents :

ANNEXE 3 : fiche de recueil des données (3 pages)**Questionnaire de recueil des données**

● AVANT la téléconsultation

Age :

- de 18 à 44 ans
- de 45 à 64 ans
- de 65 ans à 75 ans
- plus de 75 ans

Sexe : Féminin Masculin

Mode de vie :

- seul
- avec époux/épouse
- avec enfant(s)
- autres :

Type de cancer :

Demande d'intervention par :

- médecin hospitalier
- soignant hospitalier
- cadre de santé
- HAD
- Médecin traitant
- Soignant libéral
- Assistante sociale
- Famille, proche
- Autres :

Motif de demande d'intervention :

- Evaluation initiale
- Evaluation pour retour à domicile
- Evaluation pour entrée en USP
- Aide au maintien à domicile
- Conseils douleur
- Conseils symptômes
- Soutien patient
- Soins de support
- Suivi patient
- Soutien des proches

- Suivi et soutien social
- Suivi deuil
- Soutien soignants
- Aide à la réflexion éthique
- Autre :

Motif de la téléconsultation :

● PENDANT la téléconsultation

Réalisation : oui non

- Si non, motif d'annulation ou de refus :
- > FIN DU QUESTIONNAIRE

- Si oui, incident durant la téléconsultation : oui non
- Lequel :

Intervenants :

- Interne
- Médecin EMSP
- IDE EMSP
- Assistante sociale EMSP
- Psychologue EMSP
- IDEL
- MT
- Patient
- Famille Si oui, qui :

Durée :

- Moins de 10 minutes
- Entre 10 et 20 minutes
- Entre 20 et 30 minutes
- Entre 30 et 45 minutes
- Entre 45 minutes et une heure
- Plus d'une heure

Propositions en réponse aux problématiques identifiées:

- Proposition de médicaments
- Proposition d'intervention d'un autre membre de l'ESMP :
- Réassurance

Suite de prise en charge proposée:

- Nouvelle téléconsultation
- Visite à domicile
- Appel téléphonique
- Hospitalisation

Ressenti du patient :

Ressenti de la famille :

- APRES la téléconsultation

Ressenti de l'intervenant 1 :

- Réponse au motif initial
- S'est senti aidant pour le patient
- S'est senti aidant pour la famille
- Commentaire :

Ressenti de l'intervenant 2 :

- Réponse au motif initial
- S'est senti aidant pour le patient
- S'est senti aidant pour la famille
- Commentaire :

Ressenti de l'intervenant 3 :

- Réponse au motif initial
- S'est senti aidant pour le patient
- S'est senti aidant pour la famille
- Commentaire :

Ressenti de l'intervenant 4 :

- Réponse au motif initial
- S'est senti aidant pour le patient
- S'est senti aidant pour la famille
- Commentaire :

Information au médecin traitant : oui non

ANNEXE 4 : questionnaire avant l'utilisation de la téléconsultation

TELECONSULTATION en EMSS à Haguenau

Vous êtes soignant dans l'équipe mobile de soins de support de Haguenau et, d'ici peu, vous serez utilisateur de téléconsultation. Avant de vous lancer dans le grand bain, voici quelques questions préalables :

- Qu'attendez-vous de la téléconsultation en EMSS ?

- Quelles sont vos appréhensions concernant son utilisation ?

- Quelles sont les limites selon vous de la téléconsultation ?

- Pensez-vous que les téléconsultations soient adaptées à une prise en charge en SP ?

- D'après vous, quel pourrait être le(s) bénéfice(s) pour le patient ?

- Quelle durée de téléconsultation vous semble optimale ?

*Vous avez quelque-chose à ajouter ? *

Merci !

ANNEXE 5 : questionnaire après l'utilisation de la téléconsultation

TELECONSULTATION en EMSS à Haguenau

Vous êtes soignant dans l'équipe mobile de soins de support de Haguenau et, depuis plusieurs mois, vous êtes utilisateur de téléconsultation. Vous aviez rempli en novembre un questionnaire préalable à l'utilisation de la téléconsultation, voici maintenant quelques questions pour le téléconsultant expert que vous êtes :

- La téléconsultation a-t-elle répondu à vos attentes pour une prise en charge en EMSS ?
Comment ?

- Vos appréhensions préalables se sont-elles concrétisées durant son utilisation ?

- Quelles sont les limites de la téléconsultation que vous avez rencontrées?

- Pensez-vous que les téléconsultations soient adaptées à une prise en charge en SP ?

- Quels sont les bénéfices pour le patient de l'utilisation de la téléconsultation que vous avez noté?

- Après utilisation, quelle durée vous semble optimale pour une téléconsultation?

*Vous avez quelque-chose à ajouter ? *

Merci !

ANNEXE 6 : document d'information au médecin généraliste

Information aux médecins généralistes

Bonjour Docteur,

Je vous contacte dans le cadre de ma thèse de médecine générale sur l'usage de la téléconsultation dans une prise en charge palliative.

Mon travail est une étude qualitative par interview. Il n'est pas nécessaire que vous ayez une expérience en téléconsultation en contexte palliatif pour répondre.

Si vous acceptez de me donner un peu de votre temps, je peux me déplacer selon votre disponibilité à votre cabinet. Si cela est trop compliqué pour vous, nous pouvons également réaliser l'interview par téléphone.

Si vous êtes intéressé, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse suivante : floriane.desmoniere@hotmail.fr ou 06.67.73.53.43

Je vous remercie tous pour l'intérêt que vous porterez à ce travail et attend avec impatience votre retour.

F. DESMONIERE (interne de médecine générale)

ANNEXE 7 : guide d'entretien

Annexe

Guide d'entretien

Pouvez-vous vous présenter en précisant votre âge, sexe, lieu d'exercice et durée d'installation ?

1. Qu'est-ce-que le soin palliatif selon vous ?
2. Racontez-moi votre dernière prise en charge de situation palliative ou qui s'en rapproche.
3. Quelle est votre expérience de la téléconsultation ?
4. Avez-vous entendu parler de la téléconsultation en soins palliatifs ?

5. Selon vous, dans quelle mesure les soins palliatifs peuvent-ils être un motif de téléconsultation ?
6. Quelles limites voyez-vous à l'utilisation de la téléconsultation chez les patients en soins palliatifs ?
7. Quels avantages voyez-vous à l'utilisation de la téléconsultation chez les patients en soins palliatifs ?

PRÉSENTATION SUCCINCTE DE L'ÉTUDE OBSERVATIONNELLE ET DE SES RÉSULTATS

8. Par rapport à votre expérience, comment envisagez-vous la place de la téléconsultation dans la prise en charge du patient en soins palliatifs ?

ANNEXE 8 : consentement

Annexe

Consentement de participation à une thèse pour le titre de Docteur en Médecine Générale : Usage de la téléconsultation dans une prise en charge palliative, une place à prendre. Proposition argumentée d'utilisation de l'outil

Je soussigné M(me) déclare accepter de participer à une enquête qualitative au cours d'une interview avec Mme Floriane DESMONIERE. Cet entretien sur le sujet « Usage de la téléconsultation dans une prise en charge palliative » fera l'objet d'un enregistrement audio. Mes réponses enregistrées aux questions de cette enquête serviront de verbatim et peuvent être citées dans le cadre d'une thèse d'exercice pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine Générale de Mme Floriane DESMONIERE. Le secret médical sera respecté et les données recueillies seront analysées en respectant la confidentialité conformément aux règles de la Commission Nationale de L'Informatique et des Libertés.

Les données du questionnaire individuel et les données verbales enregistrées seront anonymisées. Seules les données strictement pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des objectifs de la recherche seront utilisées. Ces données seront pseudonymisées et vous serez identifiés au moyen d'un code. Seul l'investigateur qui dirige la réalisation de la recherche pourra conserver le lien entre le code de pseudonymisation et votre identité complète.

Les informations recueillies lors de cette étude sont enregistrées et conservées de façon anonyme pour une durée totale de 2 ans après enregistrement. Elles seront exploitées pour l'élaboration d'une thèse d'exercice pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine Générale de Mme Floriane DESMONIERE et sont destinées à Mme DESMONIERE et sa directrice de recherche.

Conformément à la loi « informatique et libertés », je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier en contactant : floriane.desmoniere@etu.unistra.fr

Fait le à

Signature du médecin:

BIBLIOGRAPHIE

1. Dayde MC. Palliatif (soins palliatifs). In : Les Concepts en Sciences Infirmières. 2012. P. 228-230.
2. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Circulaire relative à l'organisation des soins et l'accompagnement des malades en phase terminale. 26 août 1986.
3. SFAP. Définition et Organisation des soins palliatifs en France. [En ligne]. Disponible sur : <https://sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
4. Ladevèze M. Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. In : Pratiques et Organisation des Soins. Volume 41. 2010. P. 65-72.
5. Hintermeyer P. La quête de la bonne mort. In : Pennec S. Des vivants et des morts. Atelier de recherche sociologique. 2004. P. 100-110.
6. Atmani I. De la Bonne mort au bon mort. In Médecine Palliative : Soins de Support- Accompagnement- Ethique. Volume 4. 2005. P 77-79.
7. Haute Autorité de Santé. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. Paris : HAS. 2013.
8. SFAP. Analyse du rapport Sicard « penser solidairement la fin de vie » et propositions de la SFAP pour mieux répondre aux inquiétudes des citoyens. 2013. [En ligne]. Disponible sur : https://jamaviejalmalv18.files.wordpress.com/2013/03/2013_03_14_sfapanalyse-rapport-sicard-et-propositions-14-mars-2013.pdf
9. RIEGER E. Le médecin généraliste face aux soins palliatifs. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2016.
10. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Annexe 2. Mar 2008.
11. Rochas B. Equipe mobile de soins palliatifs, une triangulation tendue. In : Jusqu'à la mort accompagner la vie. N° 137. 2019. P. 59-66.
12. Sénat. Soins palliatifs. Rapports d'information. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r20-866/r20-8661.html>
13. Barberye R. L'hôpital public en danger. In : Gestion & Finances Publiques. 2018. P. 77-81.
14. Cash R. Crise de l'hôpital public ou crise du système de soins ? In : Les Tribunes de la Santé n°71. 2022. P. 47-59.

15. DREES. Fiche 32 : La situation économique et financière des hôpitaux publics. Les établissements de santé. Edition 2021. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2032%20-%20La%20situation%20%C3%A9conomique%20et%20financi%C3%A8re%20des%20h%C3%B4pitaux%20publics.pdf>

16. Morel F. Présidentielle : pourquoi franceinfo se focalise sur la crise de l'hôpital public. Francetvinfo. Mar 2022 [En ligne]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/crise/presidentielle-pourquoi-franceinfo-se-focalise-sur-la-crise-de-l-hopital-public_4942458.html

17. Tribune. « L'hôpital public n'est plus capable d'amortir la moindre crise sanitaire, même si elle est prévisible ». In : Le Monde. Dec 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/12/21/l-hopital-public-n-est-plus-capable-d-amortir-la-moindre-crise-sanitaire-meme-si-elle-est-previsible_6155241_3232.html

18. entelou B. Casseville L. Le manque de médecins : une maladie française ? CNRS Le journal. [En ligne]. Disponible sur: <https://lejournal.cnrs.fr/nos-blogs/dialogues-economiques/le-manque-de-medecins-une-maladie-francaise>

19. Magny M. Avec la pénurie de généralistes, 11 % de personnes n'ont pas de médecin traitant en France [En ligne]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/09/30/sante-plus-de-10-des-francais-n-ont-pas-de-medecins-traitants_6143817_3224.html

20. Koda M. Daycard E. Grève des médecins généralistes : « Ça fait vingt ans qu'on tire le signal d'alarme, et il ne se passe rien » [En ligne]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/pyrenees-atlantiques/pau/greve-des-medecins-generalistes-ca-fait-vingt-ans-qu-on-tire-le-signal-d-alarme-et-il-ne-se-passe-rien-2688126.html>

21. Agence Régional de Santé. La télémédecine. Juil 2018. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/la-telemedecine#:~:text=La%20t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine%20est%20une%20pratique,difficult%C3%A9s%20d%C3%A9mographiques%20%C3%A9pid%C3%A9miologiques%20et%20organisationnelles>.

22. Ministère de la Santé et de la Prévention. La téléconsultation ; qu'est-ce que la téléconsultation ? Dec 2020 ; mise à jour mai 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleconsultation>

23. AMELI. La téléconsultation : prise en charge. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation>

24. Nys JF. La télémédecine, simple évolution ou véritable révolution des usages dans le système de santé français ? In : Marché et Organisations. 2020/2 (n°38). P.15-36.
25. République française. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Journal officiel, n° 0183 du 10 août 2018.
26. Le masque et l'intime. Revue Prescrire, déc 2020 ; n°446. P. 953-954
27. Gattuso C. Le Blanc A. Le coronavirus dope les téléconsultations. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/en-consultation/le-coronavirus-dope-les-teleconsultations>
28. Académie Nationale de Médecine. Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner.11 mai 2021.
29. World Health Organization. Advice for the public on COVID-19. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/advice-for-public>
30. AMELI. Covid-19 : le point sur les mesures dérogatoires pour les médecins. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/bas-rhin/medecin/actualites/covid-19-le-point-sur-les-mesures-derogatoires-pour-les-medecins>
31. République Française. Décret n° 2020-229 du 9 mars 2020 relatif au projet territorial de santé. 2020-229 mars 9, 2020.
32. Ministère de la Santé et de la Prévention. Agence du numérique en santé. L'ANS publie un nouveau baromètre sur la télémédecine. Paris. 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/actualites/lans-publie-un-nouveau-barometre-sur-la-telemedecine>
33. VIDAL. COVID-19 : mutations, variants, lignées, N501Y, E484K... de quoi parle-t-on ? 18 fèv 2021. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/26672-covid-19-mutations-variants-lignees-n501y-e484k-de-quoi-parle-t-on.html>
34. AMELI. Les organisations coordonnées territoriales. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/organisations-coordonnees-territoriales>

35. Equipe Mobile de Coordination en Soins de Support et de Soins Palliatifs. Rapport d'activité du 01/01/2019 au 31/12/2019. Haguenau
36. Pulsy. Qui sommes-nous? [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.pulsy.fr/portail/presentation/qui-sommes-nous-22-22.html>
37. Equipe Mobile de Coordination en Soins de Support et de Soins Palliatifs. Rapport d'activité du 01/01/2021 au 31/12/2021. Haguenau.
38. Carrara B. Connaissance et utilisation des ressources en soins palliatifs par les médecins généralistes : exemple du département de la Sarthe. Thèse de médecine. Université d'Angers ; 2019.
39. Haute Autorité de santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques. Paris : HAS ; mai 2019.
40. Aubin-Auger I. Mercier A. Baumann L. Lehr-Drylewicz AM. Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142-5.
41. Texier G. Rhondali W. Morel V. Filbet M. Médecine Palliative : Soins de support- Accompagnement- Ethique. Volume 12. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? 2013. P. 55-62
42. INSEE. Consommation de soins et de biens médicaux. Données annuelles de 2011 à 2021. [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384340>
43. Slavin-Stewart C. Phillips A. Horton R. A Feasibility Study of Home-Based Palliative Care Telemedicine in Rural Nova Scotia. J Palliat Med. avr 2020;23(4):548-51.
44. Mulot M. Duminy B. Lemaire A. TéléPallia©. In : Revue internationale de soins palliatifs. 10 juill 2019; Vol. 34(2). P. 53-57
45. Magnier A. La télémédecine au service du déploiement des soins palliatifs : développement d'un projet pilote au Centre Hospitalier Universitaire de Nice. Thèse de médecine. Université de Nice Sophia Antipolis ; 2018.
46. van Gorp J. van Selm M. Vissers K. van Leeuwen E. Hasselaar J. How Outpatient Palliative Care Teleconsultation Facilitates Empathic Patient-Professional Relationships: A Qualitative Study. 2015. [En ligne]. Disponible sur:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0124387>

47. Legeneraliste.fr. Les visites à domicile, en faire ou pas ? Mai 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/demographie/les-visites-domicile-en-faire-ou-pas>
48. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. Thèse de médecine. Université Paris Descartes ; Paris ; 2019.
49. AMELI. Les visites à domicile. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-visites-domicile>
50. Davoine S. Mise en place de la téléconsultation pour des patients en hospitalisation à domicile avec Santély et suivis par l'unité de soins palliatifs du Centre Oscar Lambret: expérience de mars 2018 à décembre 2019. Thèse de médecine. Université de Lille; 2020.
51. Hoek PD. Schers HJ. Bronkhorst EM. Vissers KCP. Hasselaar JGJ. The effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer –a randomized clinical trial. BMC Med. déc 2017;15(1):119.
52. van Gorp J, van Selm M, van Leeuwen E, Hasselaar J. Transmural palliative care by means of teleconsultation: a window of opportunities and new restrictions. BMC Med Ethics. 14:12. 2013.
53. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 7- Non discrimination. Code de déontologie médicale.
54. Hommes F. L'après covid : quelle place pourrait occuper la téléconsultation en médecine générale ? Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2021.
55. Jayat P. Soins au domicile pour les patients en ALD: à Bergerac, la CPTS ose la téléconsultation. Le Quotidien du Médecin. Fev 2020.
56. Mathieu-Fritz A. Les téléconsultations en santé mentale, ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance. Réseaux. 2020. 1 (207). P. 123-164.
57. Haute Autorité de Santé. Qualité et Sécurité des Actes de Téléconsultation et de Téléexpertise. Guide des bonnes pratiques. HAS. mai 2019.
58. White L. Franklin Williams T. Greenberg B. The Ecology of Medical Care. The new England Journal of Medicine. 265:885-892. 1961.
59. van Gorp J. van Selm M. van Leeuwen E. Vissers K. Hasselaar J. Teleconsultation for integrated palliative care at home: A qualitative study. In : Palliat Med. 30(3):257-69. 2016.

60. Ministère de la Santé et de la Prévention. Agence du numérique en santé. L'ANS publie un nouveau baromètre sur la télémédecine. Paris. 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/actualites/lans-publie-un-nouveau-barometre-sur-la-telemedecine>
61. Fougère B. Mytych I. Baudemont C. Gautier-Roques E. Montaz L. Médecine Palliative : Soins de support- Accompagnement- Ethique. Volume 11. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. 2012. P. 90-97.
62. Lemaire A. TéléPallia. Revue internationale de soins palliatifs. 2014; Vol. 29(4). P.145-52.
63. van Gorp J. van Selm M. van Leeuwen E. Vissers K. van Leeuwen E. Hasselaar J. How Outpatient Palliative Care Teleconsultation Facilitates Empathic Patient-Professional Relationships: A Qualitative Study. 2015. [En ligne]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0124387>
64. Frappé P. Initiation à la recherche, 2eme édition. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. 224 p.
65. Decazes E. Téléconsultation en soins palliatifs : et le corps dans tout ça ? In : Ethique. La vie en question. Dec 2020.
66. Mounier F. Colloque sur la télémédecine au Centre Sèvres : Construire un cadre éthique. Laennec. 8 sept 2020; Tome 68(2):33-40.
67. Watts KA. Gazaway S. Malone E. Elk R. Tucker R. McCammon S. et al. Community Tele-pal: A community-developed, culturally based palliative care tele-consult randomized controlled trial for African American and White Rural southern elders with a life-limiting illness. Trials. juil 2020; 21:672.
68. Elk R. Emanuel L. Hauser J. Bakitas M. Levkoff S. Developing and Testing the Feasibility of a Culturally Based Tele-Palliative Care Consult Based on the Cultural Values and Preferences of Southern, Rural African American 35 and White Community Members: A Program by and for the Community. Health Equity. mar 2020; 4(1). P. 52-83.
69. Nguyen HQ. McMullen C. Haupt EC. Wang SE. Werch H. Edwards PE. et al. Findings and lessons learnt from early termination of a pragmatic comparative effectiveness trial of video consultations in home-based palliative care. BMJ Support Palliat Care. Oct 2020.
70. Jess M. Timm H. Dieperink KB. Video consultations in palliative care: A systematic integrative review. Palliat Med. sept 2019;33(8):942-58.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DESNONIERE..... Prénom : Floriane.....

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 : *Desnoniere*

À Haguenau....., le 16 janvier 2023.....

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

La téléconsultation dans la prise en charge des patients en soins palliatifs, une place à prendre? Proposition argumentée d'utilisation de l'outil à travers deux études discutées

RÉSUMÉ :

Introduction : Les situations palliatives mettent parfois à mal le médecin généraliste. Il peut alors demander le soutien des équipes de soins palliatifs. Malheureusement, l'organisation actuelle ne permet pas toujours l'accès à cette expertise.

A travers ce travail, nous étudierons comment la téléconsultation peut s'intégrer au suivi en soins palliatifs. Ce travail, qui s'appuie sur deux études, a pour objectif d'identifier les intérêts de l'utilisation de la téléconsultation dans la prise en charge des patients en soins palliatifs suivis à domicile.

Matériel et méthodes : La première étude est une étude descriptive directe participante monocentrique réalisée à l'équipe mobile de soins palliatifs EMSP de Haguenau, Bas-Rhin de novembre 2021 à avril 2022.

La seconde étude est une étude qualitative auprès des médecins généralistes installés dans le Bas-Rhin. Le recueil des données a été fait par entretiens individuels semi-dirigés entre juin et octobre 2022. La méthodologie est basée sur une approche interprétative phénoménologique.

Résultats : La première étude a permis de montrer un intérêt pour la téléconsultation des différents membres de l'EMSP qui sont globalement satisfaits de l'utilisation de cet outil qui a su s'intégrer dans la prise en charge des patients.

La seconde étude montre que les médecins généralistes ne sont pas à l'aise avec la téléconsultation en soins palliatifs qui les prive de leurs sens. Cet outil ne répond pas à leurs besoins mais ils reconnaissent une utilité pour les équipes mobiles de soins palliatifs.

Discussion et conclusion : Si la place de la téléconsultation n'est plus à prouver dans les équipes de soins palliatifs, il n'en est pas de même pour les médecins généralistes qui n'envisagent que très peu la téléconsultation dans ce suivi. Par contre, les médecins généralistes sont en demande de télé-médecine sous forme de télé-expertise avec les équipes de soins palliatifs afin d'avoir un accès facilité à l'avis de l'expert.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Médecine générale

MOTS-CLEFS : Téléconsultation, soins palliatifs, médecine générale

Président : Professeur ANDRES Emmanuel

Assesseurs : Professeur CALVEL Laurent, Docteur HILD Philippe, Docteur ROTH Mélanie, Docteur MEUNIER Karine (directrice de thèse)

Adresse de l'auteur:

7A rue du moulin
67500 BATZENDORF