



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Accueil et attentes des médecins généralistes du Douaisis face au
projet de l'unité de soins palliatifs de Douai de développer un
service de télémédecine**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2021 à 18h
au Pôle Formation

par Hélène LEFEBVRE-LARIVIERE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Thierry FACON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX

Madame le Docteur Amélie LANSIAUX

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne VANBESIEN

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

RESUMÉ

AUTEUR : Nom : LEFEBVRE

Prénom : Hélène

Date de soutenance : 15 septembre 2021

Titre de la thèse : Accueil et attentes des médecins généralistes du Douaisis face au projet de l'Unité de Soins Palliatifs de Douai de développer un service de télémédecine

Thèse - Médecine – Lille - 2021

Cadre de classement : Doctorat en médecine

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : soins palliatifs, télémédecine, fin de vie

Résumé :

Introduction : Ces dernières années ont vu émerger, dans la conscience collective, l'importance d'une prise en soins adaptée aux patients en fin de vie. Et bien que des efforts soient faits en ce sens, on se rend compte que l'acculturation palliative et l'inégalité d'accès à ces soins restent encore bien une réalité. Le service de soins palliatifs de Douai souhaiterait, au travers de la télémédecine, pallier ces inégalités.

L'objectif principal de ce travail est de recueillir l'avis des médecins généralistes du Douaisis quant à ce projet. L'objectif secondaire est d'identifier, parmi les outils déjà à leur disposition, lesquels ils utilisent dans leur pratique quotidienne des soins palliatifs.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative. Nous avons mené 11 entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été retranscrits sur le logiciel Word et analysés sous forme de verbatim avec le logiciel N'Vivo.

Résultats : Les difficultés rencontrées par les médecins dans les prises en charge de fin de vie sont souvent liées à l'environnement et l'entourage du patient. Dans ces prises en charge, ils peuvent s'appuyer sur de nombreux dispositifs à leur disposition, principalement l'HAD.

La majorité des médecins interrogés ont accueilli le projet de télémédecine avec intérêt. Le support vidéo permettrait au médecin hospitalier de mieux appréhender l'environnement ainsi que l'état général du patient. Ils appréhendent toutefois les contraintes logistiques que cela pourrait engendrer.

Discussion : La télémédecine paraît être un bon moyen de renforcer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. Les médecins généralistes interrogés y voient majoritairement un nouvel outil utile à leur pratique quotidienne des soins palliatifs. Le modèle le plus adapté semble être celui incluant le médecin hospitalier d'une part et le patient, accompagné d'un IDE, à son domicile d'autre part.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur FACON

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT, Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX, Madame le Docteur Amélie LANSIAUX

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne VANBESIEEN

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CH : Centre hospitalier

CHV : Centre hospitalier de Valenciennes

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COL : Centre Oscar Lambret

COREQ : *Consolidated criteria for reporting qualitative research*

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CTA : Coordination territoriale d'appui

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMS : Établissements médico-sociaux

EMSP : Équipes mobiles de soins palliatifs

GCS e-santé : Groupement de coopération sanitaire e-santé

HAD : Hospitalisation à domicile

IDE : Infirmier diplômé d'état

IFOP : Institut français d'opinion publique

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

ISFAP : Institut supérieur de formation et d'application professionnelle

LISP : Lit identifié soins palliatifs

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MAS : Maisons d'accueil spécialisées

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONFV : Observatoire national de la fin de vie

PACS : *Picture archiving and communication system*

Paerpa : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PTA : Plateforme territoriale d'appui

SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SSR : Soins de suite et de réadaptation

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.

USP : Unité de soins palliatifs

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
TABLE DES MATIERES	7
INTRODUCTION	9
I. NAISSANCE ET DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE	9
1. Définition et mise en place d'un cadre légal	9
a. Définition	9
b. Évolution du cadre législatif	10
2. Plans triennaux de développement des soins palliatifs	11
a. Plan national de développement des soins palliatifs 2002-2005.....	11
b. Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012.....	12
c. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs.....	13
3. Les soins palliatifs en pratique, en France, à l'heure actuelle	14
a. L'exercice des soins palliatifs à l'hôpital	14
b. L'exercice des soins palliatifs en ville.....	15
II. OUTILS ACTUELLEMENT A LA DISPOSITION DU MEDECIN TRAITANT POUR OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE AU DOMICILE DE LEURS PATIENTS ADULTES EN FIN DE VIE ; EN FRANCE ET PLUS PARTICULIEREMENT DANS LE DOUAISIS	16
1. Les réseaux	17
2. L'hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	19
a. L'hospitalisation à domicile (HAD).....	20
b. Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).....	21
3. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	21
III. LA TELEMEDECINE : NOUVEL OUTIL POUR LA PRATIQUE DES SOINS PALLIATIFS DE DEMAIN	22
1. Introduction sur la télémédecine	23
a. Pourquoi la télémédecine ?	23
b. Définition.....	24
c. Cadre administratif, légal et déontologique	25
2. Recensement des activités de télémédecine	28
a. La télémédecine en France	28
b. Un projet pilote au niveau régional : Télépallia©.....	30
c. Autre projet de télémédecine en soins palliatifs, dans les Hauts-de-France, pour les patients en HAD 32	
3. Les objectifs de notre étude	34
MATÉRIEL ET MÉTHODE	35
I. TYPE D'ETUDE	35
II. L'ECHANTILLONNAGE	35
III. ENTRETIENS ET RECUEIL DE DONNEES	36
IV. ANALYSE DES DONNEES	37
V. BIBLIOGRAPHIE	38
VI. ÉTHIQUE	39
RÉSULTATS	40
I. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES	40
II. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES PAR RAPPORT A LA PRISE EN CHARGE DE LEURS PATIENTS EN FIN DE VIE, EN VILLE	41
1. Fréquence	41
2. Ressenti	41
3. Différence entre le domicile et les EHPAD	43
4. Motif d'hospitalisation d'un patient en fin de vie	44
III. CONNAISSANCE ET USAGE PAR LES MEDECINS INTERROGES DES « OUTILS » A LEUR DISPOSITION POUR LES APPUYER DANS LES PRISES EN CHARGE PALLIATIVES DE LEURS PATIENTS	47

1.	L'HAD et les soignants paramédicaux libéraux	47
2.	La Plateforme santé du Douaisis	50
3.	Le service de soins palliatifs du CH de Dechy	51
IV.	ATTENTES DE LA PRATIQUE DE LA TELEMEDECINE EN SOINS PALLIATIFS PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU DOUAISIS INTERROGES	52
1.	Accueil d'un tel projet de télémédecine en soins palliatifs	52
a.	Réaction souvent pondérée par leur propre utilisation de la télémédecine	52
b.	Accueil positif et attentes	53
c.	Accueil plus mitigé	55
2.	Perspectives organisationnelles	56
a.	En termes horaires	56
b.	En termes informatiques et logistiques	58
3.	Différents modèles de télémédecine envisagés lors des entretiens	60
a.	Place de la vidéo	60
b.	Téléexpertise	62
c.	La téléconsultation	63
	DISCUSSION	67
I.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	67
1.	Forces de cette étude	67
2.	Limites de cette étude	68
II.	DISCUSSION DES RESULTATS	69
1.	À propos de l'exercice des soins palliatifs par les médecins généralistes du Douaisis	69
2.	À propos du développement de la télémédecine en soins palliatifs	74
a.	Bénéfices attendus	75
b.	Réticences de la part des médecins généralistes	79
3.	Différentes perspectives envisagées	83
	CONCLUSION	91
	BIBLIOGRAPHIE	93
	ANNEXES	99
	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	99
	ANNEXE 2 : TERRITOIRE DU DOUAISIS	100
	ANNEXE 3 : GRILLE D'EVALUATION COREQ	102
	ANNEXE 4 : EXEMPLE D'UN ENTRETIEN	105

INTRODUCTION

Ces dernières années ont vu émerger, dans la conscience collective, l'importance d'une prise en soins adaptée aux patients en fin de vie. Et bien que des efforts soient faits en ce sens, on se rend compte que l'acculturation palliative et l'inégalité d'accès à ces soins restent encore bien une réalité. La télémédecine pourrait alors se présenter comme un début de solution, permettant de créer ou en tout cas renforcer le lien ville-hôpital.

I. Naissance et développement des soins palliatifs en France

1. Définition et mise en place d'un cadre légal

a. Définition

Les soins palliatifs ont été définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2002 comme « cherchant à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés ». Ce sont des soins actifs, délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive et d'évolution fatale.

La démarche palliative est une manière d'aborder et d'anticiper les situations complexes liées à la fin de vie. Elle permet une approche pluridisciplinaire du patient. Les questionnements éthiques, les soins de confort et l'accompagnement

psychologique du patient et de ses proches sont alors au centre de la prise en charge (1,2).

b. Évolution du cadre législatif

Ce n'est qu'en 1986, via la circulaire Laroque, que les premières réglementations officielles relatives à l'organisation des soins palliatifs et à l'accompagnement des malades en phase terminale voient le jour. Une avancée significative en faveur du développement de ces soins est donnée par la loi du 9 juin 1999 qui appuie la circulaire Laroque de 1986. Elle garantit un accès aux soins palliatifs et un accompagnement à « toute personne malade dont l'état le requiert » (3).

Différentes lois ont ensuite permis d'imposer un cadre plus complet à l'exercice des soins palliatifs.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, place le patient au centre des décisions quant à sa propre prise en charge. Il a maintenant le droit d'être entièrement informé de son état de santé et de prendre, en toute connaissance des choses, les décisions concernant sa prise en charge. « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. »

On évoque également pour la première fois le concept de personne de confiance qui pourra s'exprimer à la place du patient si celui-ci en devient incapable (4).

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti, propose la rédaction de directives anticipées par le patient. Elles représentent l'expression privilégiée de la volonté du patient hors d'état de le faire. Cela réaffirme ainsi l'effort de placer le patient au cœur des décisions le concernant, et ce, jusqu'à sa fin de vie.

Cette loi prévoit également de clarifier les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable (5).

Dans les suites de cette loi de 2005, jugée insuffisante, une nouvelle loi a vu le jour : celle du 2 février 2016 dite loi Claes-Léonetti. En plus du renforcement des droits du malade en fin de vie, le nouveau texte introduit la sédation profonde et continue (6).

Parallèlement à ces différentes évolutions du droit ayant permis une progression dans l'exercice des soins palliatifs, nous avons également constaté une volonté de faire évoluer la culture palliative et l'accès aux soins palliatifs à travers différents plans de développement (7).

2. Plans triennaux de développement des soins palliatifs

- a. Plan national de développement des soins palliatifs
2002-2005

Le ministre des Solidarités et de la Santé avait déclaré, en inaugurant ce plan :
« Il est temps que la société française comprenne et accepte qu'elle doit la même considération à celui qui va mourir et à celui qui va naître. C'est le respect et la dignité de la personne, de toute la personne, à tous les âges de la vie, qui est ici en jeu. » (8)

Ce premier plan de développement s'articule en trois axes principaux :

- l'accompagnement des patients au domicile en créant des liens entre les établissements et les partenaires référents en soins palliatifs du secteur ;
- le développement des soins palliatifs dans les établissements de santé avec par exemple la mise en place de guides de bonnes pratiques destinés aux médecins et aux soignants ;
- la sensibilisation et l'information du grand public.

b. Programme de développement des soins palliatifs
2008-2012

Ce plan, qui s'inscrit dans la continuité du précédent, se développe également autour de trois axes (9) :

- continuer de développer l'offre hospitalière et majorer les dispositifs extrahospitaliers afin de mieux permettre les prises en charge palliatives dans les établissements sociaux et médico-sociaux et au domicile, par l'intermédiaire par exemple de réseaux ayant une activité en soins palliatifs ;
- la lutte contre l'acculturation palliative au moyen d'une grande campagne de communication destinée aux soignants, mais aussi au grand public ;

- le renforcement de la qualité de l'accompagnement offert aux proches.

c. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs

Ce plan de développement, le plus récent, appuie la volonté de placer le patient au cœur des décisions le concernant et de développer les prises en charge à domicile afin de réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs.

Le bilan réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), au terme de ses trois années est mitigé. L'offre de soins palliatifs n'a que peu progressé. Entre 2015 et 2018, le nombre de lits en unités de soins palliatifs (USP) est passé de 1 562 à 1 776, le nombre de lits identifiés soins palliatifs (LISP) est passé de 5 072 à 5 479 et le nombre d'équipes mobiles en soins palliatifs (EMSP) est passé de 379 à 385 (10).

Au-delà de ces aspects quantitatifs, il convient de rappeler que le développement de la culture palliative et la manière dont ces soins sont prodigués par les équipes apparaissent tout aussi déterminants que le développement quantitatif de l'offre de structures.

Tous les professionnels de santé sont, en réalité, invités à intégrer la démarche palliative à leur pratique, quels que soient leur spécialité et leur lieu d'exercice : elle est multidisciplinaire et n'est pas réservée à des unités dédiées ou à des professionnels spécialisés.

En conséquence, l'IGAS préconise la reconduction d'un quatrième plan de développement national des soins palliatifs, dans la continuité des précédents. L'objectif serait d'atteindre au moins un lit d'USP pour 100 000 habitants et au moins une USP par département en 2022 (10).

3. Les soins palliatifs en pratique, en France, à l'heure actuelle

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) a récemment (octobre 2019) dressé un bilan des structures de soins palliatifs sur le territoire français (11). On comptabilise donc :

- 152 USP
- 426 EMSP
- 107 réseaux de soins palliatifs
- 122 hospitalisations à domicile (HAD)
- 352 associations de bénévoles
- 5 057 LISP répartis dans 835 établissements

Selon le souhait du patient et la capacité de l'entourage, la prise en charge en soins palliatifs peut aujourd'hui s'effectuer en institution ou au domicile et lieu de vie.

a. L'exercice des soins palliatifs à l'hôpital

À l'hôpital, l'offre de soins est graduée pour répondre aux besoins du patient en fonction de la gravité, de la complexité et du degré de stabilité de son état.

- Premier niveau : accompagnement possible dans un service hospitalier lorsque la situation ne présente pas de difficultés cliniques, sociales ou éthiques particulières ;
- Deuxième niveau : LISP lorsque le service est confronté à des fins de vie ou des décès fréquents ;
- Troisième niveau : USP qui prennent en charge les situations les plus complexes et/ou instables ;

Les EMSP peuvent également intervenir à la demande des professionnels ; plus particulièrement en soutien des premier et deuxième niveaux.

b. L'exercice des soins palliatifs en ville

Selon l'Institut français d'opinion publique (IFOP), en 2016, 85 % des Français souhaiteraient finir les derniers instants de leur vie à domicile. Pourtant, moins de la moitié d'entre eux y parvenaient en 2015 (12).

La pratique des soins palliatifs sur le lieu de vie des patients (au domicile ou dans les établissements et services médico-sociaux) nécessite une collaboration indispensable entre le médecin traitant et les différents intervenants : infirmières, pharmaciens, psychologues, autres paramédicaux. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont également fortement impliqués dans cette démarche palliative globale (13).

Malgré tout, il semble que ces soins dispensés au domicile soulèvent parfois des difficultés pour le patient et son entourage et peuvent également parfois poser soucis au médecin généraliste en charge du patient. Sentiment de médicalisation

excessive la journée mais insuffisante la nuit et les week-ends, difficulté d'orientation du patient dans le système de soin, émotions face à la mort ou encore connaissances estimées insuffisantes en termes de thérapeutiques sont autant d'arguments pouvant être problématiques pour le patient et/ou le médecin l'accompagnant au domicile (14,15).

Attention alors à éviter le domicile à tout prix. Certaines situations sanitaires ou sociales sont d'une complexité telle qu'elles ne peuvent être gérées ailleurs que dans un service hospitalier. « Le domicile n'est pas un lieu adapté à toutes les fins de vie et il est susceptible de renvoyer chacun à ses difficultés. » (16)

II. Outils actuellement à la disposition du médecin traitant pour optimiser la prise en charge au domicile de leurs patients adultes en fin de vie ; en France et plus particulièrement dans le Douaisis

À noter que l'agglomération du Douaisis regroupe 35 communes pour près de 150 000 habitants. Elle s'étale sur plus de 200 kilomètres carrés (17) (carte du territoire du Douaisis en annexe 1).

Sur ce territoire, pourtant très étendu, les possibilités d'accueil dans une unité hospitalière sont assez limitées en termes de capacités de place. Le Centre local d'information et de coordination (CLIC) a relevé (18) :

- 1 USP de 12 lits au centre hospitalier (CH) de Douai ;
- 10 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) identifiés soins palliatifs à la Maison médicale La Plaine de Scarpe de Lallaing ;

- 10 lits d'USP au sein de la Clinique Saint-Roch de Marchiennes ;
- 1 USP de 12 lits au sein de la Clinique Saint-Roch de Cambrai.

Outre la volonté du patient de rester à son domicile, les capacités restreintes d'accueil hospitalier favorisent également le développement de la médecine palliative de ville.

Pour un médecin traitant, la fin de vie à domicile est difficile, voire impossible à gérer seul. Il est indispensable de former un réseau de proximité avec les autres professionnels de santé intervenant auprès du patient et le service d'hospitalisation à domicile le cas échéant. Il faut qu'il puisse aussi s'entourer de référents hospitaliers spécialistes des soins palliatifs.

1. Les réseaux

La loi du 4 mars 2002 stipule que « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne. » (19)

La démarche palliative s'intègre parfaitement dans le cadre d'une organisation en réseau de santé. C'est une approche transversale qui décroïssonne la ville et l'hôpital et qui mise sur la cohérence et la continuité des soins. Cette approche s'adapte selon l'évolution des besoins du patient, en coordonnant l'intervention des professionnels et des bénévoles, quel que soit le lieu de vie du patient.

Les réseaux de soins palliatifs ont pour principal objectif de favoriser l'accès aux soins et la coordination des professionnels entre la ville et l'hôpital, ainsi que l'ensemble des structures médico-sociales existant sur un même territoire.

Le département du Nord comptabilise huit équipes de Réseaux de soins palliatifs. Nous pouvons par exemple citer le réseau Coralie–Rosalie pour la région lilloise, le réseau Emera pour le Valenciennois ou encore Rescom pour le Cambrésis.

Celui œuvrant dans le Douaisis dépend de la Plateforme Santé Douaisis. Ce dispositif est composé d'un médecin, de coordinatrices dont deux infirmiers, une assistante sociale et une psychologue. Il se donne plusieurs missions qui pourraient être regroupées en trois actions principales :

- la métacoordination, qui se définit comme une organisation de l'offre de soins autour du médecin traitant, coordinateur de la prise en charge ;
- l'optimisation de la qualité de la prise en charge des patients et le soutien de l'entourage ;
- la formation des professionnels.

La Plateforme Santé du Douaisis est une association dépendant de la loi de 1901, implantée et exerçant dans le Douaisis. C'est un lieu d'accueil, de conseil et d'accompagnement pour les patients atteints de maladies chroniques, de cancer et/ou en fin de vie (20). De cette plateforme dépend le réseau de soins palliatifs du territoire.

Le médecin généraliste peut également s'adresser au CLIC lorsqu'il s'agit d'une fin de vie chez une personne âgée (21). Sa mission principale est une nouvelle fois la mise en relation et la coordination des professionnels du secteur.

La multiplication des dispositifs et organisations existants - CLIC, réseaux, Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), Prado, plateforme, coordination territoriale d'appui (CTA), Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) - au sein d'un même territoire a incontestablement amélioré la coordination au bénéfice du patient et de son entourage et a également permis un appui certain pour les professionnels. Cependant, force est de constater que leur nombre, leur découpage territorial variable et le manque d'articulation entre eux rendent l'ensemble de ces ressources peu lisibles pour l'ensemble des acteurs (22).

La nouvelle Stratégie nationale de Santé 2018-2022 s'est donnée pour mission de « simplifier et (...) faire converger les dispositifs d'appui à la coordination territoriale, qui ont pour objet de faciliter le parcours des personnes en situations complexes » (23).

Les réseaux de soins ainsi que d'autres organisations - MAIA, plateforme territoriale d'appui (PTA) et Paerpa (personnes âgées en Risque de perte d'autonomie) - risquent donc, d'ici 2022, d'évoluer vers un dispositif commun : le dispositif d'appui à la coordination (DAC).

2. L'hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

a. L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD est une forme d'hospitalisation qui permet d'assurer, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux habituellement très complexes ou très techniques. Elle permet une continuité des soins ainsi que l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne) et médicalisée (il y a toujours un médecin coordonnateur en HAD). Une coordination est effectuée entre le service hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels de santé nécessaires à la prise en charge du malade au domicile.

Comme à l'hôpital, la continuité des soins est assurée vingt-quatre heures sur vingt-quatre, week-end compris. À tout moment, une infirmière peut se déplacer et un médecin peut être consulté, au moins par téléphone.

Elle intervient au domicile du patient, quel que soit son lieu de vie ; cela inclut tous les centres d'hébergement pour personnes âgées, handicapées ou en difficulté sociale. Des structures d'hospitalisation à domicile existent dans presque tous les départements.

L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale d'un médecin et l'accord du médecin traitant du patient est nécessaire et obligatoire. C'est lui qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour.

Les personnes prises en charge par l'HAD seraient habituellement maintenues en établissement hospitalier sans ce dispositif. Il permet donc de raccourcir, voire parfois d'éviter une hospitalisation en établissement. C'est une réelle demande des patients et de leur entourage de développer ce type de prise en charge permettant un

maintien au domicile de la personne malade. Cependant, il est important de signaler que l'hospitalisation peut avoir des conséquences sur le quotidien des proches à qui l'on demandera une plus grande implication auprès du malade.

Les soins palliatifs à domicile n'excluent pas des périodes d'hospitalisation en établissement si l'état du patient l'exige ou pour un répit des proches.

b. Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Le SSIAD et l'HAD sont des partenaires incontournables dans la prise en charge médicale des patients au domicile.

Initialement destinés aux personnes de plus de 60 ans, les SSIAD ont vu leurs missions renforcées en 2004 avec leur ouverture à de nouveaux publics : outre les personnes âgées, ils sont depuis cette date autorisés à s'adresser aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou souffrant d'une maladie chronique (24).

Les prestations proposées par ces services, via l'intervention d'un aide-soignant au domicile du patient, sont : la toilette, les mobilisations, la surveillance de constantes si nécessaire et les soins de nursing et d'accompagnement. Ils donnent la possibilité d'avoir accès à des soins infirmiers libéraux et au passage d'un pédicure.

Les SSIAD constituent, dans ce sens, un autre maillon essentiel à la prise en charge de patients au domicile, en médecine de ville.

3. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont des équipes de soins qui interviennent soit en intrahospitalier soit en extrahospitalier, au domicile ou sur le lieu de vie du patient, pour venir appuyer et conseiller les équipes référentes dans leur prise en charge palliative. Cette intervention se fait à la demande des équipes soignantes (25).

Leur mission est principalement d'apporter une expertise et un soutien auprès de l'équipe soignante. La prise en charge se veut globale et les conseils interviennent dans la lutte contre la douleur, tous les symptômes de la fin de vie, les soins de confort, l'accompagnement psychologique et social de la personne et de son entourage, le retour et le maintien à domicile. En revanche, elles ne peuvent se substituer à l'équipe soignante référente dans la prescription et la réalisation des soins.

Les EMSP travaillent en relation avec les réseaux de maintien à domicile et le médecin traitant ainsi que les médecins référents du patient et parfois les unités de soins palliatifs d'hospitalisation. Elles n'ont pas de lits d'hospitalisation proprement dits.

L'EMSP du CH de Douai se compose d'un médecin généraliste, de deux infirmiers et d'une psychologue. Elle intervient dans les différents services du CH et parfois en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en maison d'accueil spécialisée (MAS). Elle n'intervient en revanche pas au domicile du patient, en dehors des établissements médico-sociaux (EMS).

III. La télémédecine : nouvel outil pour la pratique des soins palliatifs de demain

1. Introduction sur la télémédecine

a. Pourquoi la télémédecine ?

L'ensemble des dispositifs précédemment présentés, mis en place afin de rendre possible le maintien du patient sur son lieu de vie, donne au médecin traitant une place centrale de coordination et nécessite une réelle participation active de sa part.

Cependant, malgré le travail de ses différentes structures, les rapports d'évaluation effectués en 2019 (suite au plan national de 2015-2018) ainsi que le dernier rapport de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) de 2013 identifient des situations problématiques d'hospitalisations fréquentes en fin de vie. En effet, de trop nombreux patients se voient encore contraints de finir leur vie à l'hôpital malgré leur souhait initial de rester à leur domicile (10,26).

C'est dans ce contexte d'inégalités d'accès aux soins palliatifs que la télémédecine s'est présentée comme un possible début de solution. En effet, elle pourrait représenter un soutien supplémentaire sur lequel pourrait s'appuyer le médecin généraliste afin de maintenir ses patients en prise en charge palliative, sur leur lieu de vie ; et ce, même s'ils présentent des symptômes qui habituellement auraient pu nécessiter une hospitalisation.

À noter par ailleurs que cet élan visant à développer la télémédecine, de façon générale et plus particulièrement dans le domaine des soins palliatifs remonte déjà à plusieurs années. Toutefois, au vu du contexte actuel de pandémie mondiale liée à la

Covid-19, le développement de la télésanté prend un autre tournant et devient incontournable (27) (28).

b. Définition

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » (29)

Attention à bien différencier la télémédecine et la télésanté. Cette dernière désigne un terme plus général incluant, en plus de la télémédecine, l'ensemble des systèmes de communication, les applications internet, la formation et l'information à distance des professionnels de santé (30).

Cinq actes de télémédecine sont définis (31) :

- La téléconsultation : permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est un acte médical et une action synchrone (patient et médecin se parlent). Elle permet au professionnel de santé médical requis de réaliser une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.
- La téléexpertise : permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des

technologies de l'information et de la communication. C'est d'abord un acte médical et une action asynchrone (patient et médecin ne se parlent pas). Cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale. Cette action ne faisait pas l'objet d'une rémunération jusqu'à présent.

- La télésurveillance : permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.
- La téléassistance : a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La régulation médicale : est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

c. Cadre administratif, légal et déontologique

Cadre légal et administratif

La loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 pose un cadre légal à la pratique de la télémédecine et la reconnaît comme acte médical. La pratique actuelle de cette médecine est encadrée par la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » (hôpital, patients, santé et territoires) qui visait à réorganiser et moderniser le système de soins (32,33).

En 2012 est lancé le Pacte territoire santé 2012-2015 visant à faire reculer les déserts médicaux. Douze engagements y figurent et parmi eux, celui de développer la télémédecine. Un second plan lui succède, prévoyant de favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et les soins urgents (34,35).

C'est dans ce contexte que la loi de financement de la sécurité sociale de 2014 se donne pour objectif de promouvoir l'expérimentation de la télémédecine pour une durée de quatre ans à travers le programme ETAPES (Expérimentation de la télémédecine pour l'amélioration du parcours de santé). Ce programme a également été renouvelé en 2018 (36).

Le décret du 13 septembre 2018 vise à généraliser et faciliter le développement de la télémédecine. Il permet, entre autres, de soumettre sa pratique à moins de démarches administratives, telles qu'une contractualisation avec l'agence régionale de santé (ARS) ou encore l'inscription à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (37).

La téléconsultation est donc maintenant accessible à tous les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, et quelle que soit leur place dans le parcours de soins du patient (médecin traitant ou médecin de second recours) et qu'importe leur secteur conventionnel. Le médecin doit simplement et logiquement être inscrit à l'Ordre ou être en situation de remplacement dans les conditions réglementaires requises.

Les modalités de prise en charge par la Sécurité sociale ont également été assouplies en 2018 en la faisant entrer dans le droit commun de la prise en charge des actes médicaux par l'Assurance maladie (37). Il est toutefois précisé que la téléconsultation n'est prise en charge que lorsqu'elle est effectuée dans le parcours de soins défini par la loi et la convention médicale. Cela implique que le patient doit être connu du médecin téléconsultant, hors situations particulières : accès direct spécifique pour certaines spécialités, patient âgé de moins de 16 ans, urgence.

Cadre déontologique

La spécificité de la télémédecine est de faire appel à des technologies numériques. C'est une forme de pratique de la médecine comme les autres et doit donc répondre aux mêmes règles déontologiques. Toutefois, quelques règles spécifiques doivent être respectées. Le consentement du patient à la téléconsultation doit être acquis, après qu'il est été informé des modalités. La sécurisation des moyens utilisés pour la vidéo transmission est nécessaire, ainsi que pour le partage de documents. À noter que les vidéos des téléconsultations ne peuvent pas être conservées.

L'Ordre des médecins recommande que tous les échanges (conversation, interrogatoire médical, échange de documents) fassent appel à un moyen unique de connexion sur une base sécurisée qui aura les caractéristiques d'un cabinet médical virtuel (38).

En pratique

Lorsqu'un médecin décide d'utiliser une plateforme pour la pratique de la télémédecine, que ce soit en médecine de ville ou en médecine hospitalière, il doit veiller à ce que la plateforme qu'il utilise respecte un certain nombre de points ; par exemple, que toutes les données à caractère personnel ne soient pas traitées et qu'elles soient supprimées à l'issue des prestations. Cette plateforme doit également comporter toutes les mesures de sécurité requises. S'agissant des données de santé, la plateforme doit être hébergée par un hébergeur de données de santé agréé ou certifié (39).

2. Recensement des activités de télémédecine

a. La télémédecine en France

La stratégie de développement de la télémédecine de 2012 s'articule autour de cinq priorités (34) :

- la permanence des soins en imagerie médicale ;
- la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- la santé des détenus en milieu carcéral ;
- la prise en charge des pathologies chroniques ;
- les soins en structure médico-sociale ou en HAD.

Pour répondre à ces priorités, on a noté la naissance de nombreux projets au niveau national (40). Quelques-uns d'entre eux sont effectifs à l'heure actuelle. On peut citer par exemple :

- Le télé-AVC qui permet, dans le cadre de la prise en charge des AVC, la transmission des images radiologiques du patient au radiologue et au neurologue. Cela permet ainsi l'évaluation et la prise en charge en temps réel de ces patients dans le but, principalement, d'élargir l'accès à la thrombolyse.
- La télédermatologie qui vise principalement la prise en charge des escarres et des plaies chroniques. Elle est pour l'instant principalement effective dans les EHPAD et les EMS.

- Le dossier communicant de cancérologie est constitué d'un panel de documents (compte-rendu opératoire, fiches de réunion de concertation pluridisciplinaire, imagerie, etc.) qui seront accessibles à l'ensemble des acteurs, identifiés et autorisés, impliqués dans la prise en charge. Le but est d'optimiser la coordination des différents acteurs du parcours de soins en améliorant la qualité et l'échange des informations.
- La permanence des soins en imagerie avec le *Picture archiving and communication system* (PACS) : c'est un système de gestion électronique des imageries médicales permettant leur stockage ainsi que leur diffusion rapide à un praticien à distance.

La dernière enquête visant à recenser les activités de télémédecine en France remonte à 2012. Nous n'en avons malheureusement pas trouvé de plus récente. Cette étude comptabilisait plus de 300 projets de télémédecine sur l'ensemble du territoire national. Près de 80 % d'entre eux concernaient la téléconsultation et la téléexpertise (41).

Un sondage plus récent réalisé en 2020 sur la pratique de la télémédecine par les particuliers et les professionnelles de santé expose que seulement 6 % des Français ont déjà fait une téléconsultation avec un médecin. Les professionnels de santé semblent plus ouverts sur la pratique ; ils sont 13 % à déclarer avoir déjà expérimenté cette pratique de la télésanté (42).

En ce qui concerne le développement de la télémédecine dans le cadre des soins palliatifs, sur le territoire français, la majorité des régions disposent de

plateformes permettant la mise en œuvre de différents projets. À l'heure actuelle, la majorité d'entre eux concernent les prises en charge de patients résidant en EHPAD.

b. Un projet pilote au niveau régional : Télépallia©

Afin de répondre aux différents programmes de développement des soins palliatifs et élargir l'accessibilité à ces soins, la plupart des EMSP ont développé une activité extra-hospitalière. Dans ce contexte, le centre hospitalier de Valenciennes (CHV) travaille en collaboration avec une trentaine d'EHPAD répartis dans tout le Valenciennois. Dans le but d'offrir une meilleure qualité de soins et de répondre au mieux aux besoins grandissant des EHPAD, la télémédecine s'est présentée comme une partie de la solution (43).

TéléPallia©, premier projet en son genre en France, a été développé par l'EMSP du CHV. Il a pour vocation de mettre en place un cadre d'intervention de leur EMSP dans les EHPAD alentour via la télémédecine (44).

Il a été développé en 2014 et financé dans le cadre du projet national Paerpa après sélection par l'ARS. Huit EHPAD du territoire de santé, publics ou privés, ont été volontaires pour ce projet.

Cadre légal et administratif

Entre l'initiation du projet et sa mise en place, le déploiement de TéléPallia© a nécessité différentes étapes. En premier lieu, les formalités administratives auprès du CHV, de l'ARS, du groupement de coopération sanitaire e-santé (GCS e-santé) et du comité de pilotage. Il a fallu également gérer les aspects juridiques et réglementaires

avec la signature de conventions tripartites entre l'ARS, les EHPAD et le CHV. Enfin, une solution informatique dédiée avec un réseau sécurisé a été nécessaire.

Enfin, différents équipements ont été mis en place : un appareillage fixe avec caméra à objectif réglable côté EHPAD et un appareillage fixe dans une salle permettant la communication visuelle à distance côté CHV.

Grâce à ce dispositif, l'EMSP peut réaliser en fonction du besoin deux types d'actes : la téléconsultation permettant de donner une consultation à distance à un patient et la téléexpertise permettant de donner un avis à distance sur la base des informations médicales partagées d'un patient.

La téléconsultation en pratique, via TéléPallia©

En pratique, l'EHPAD émet une demande de consultation via un formulaire informatique sur un logiciel sécurisé. Après réception de ce formulaire, l'EMSP du CHV entre en contact avec l'établissement afin de faire une première évaluation téléphonique de la demande et apprécier le degré d'urgence. S'en suit alors soit un acte de télémédecine (téléconsultation ou téléexpertise en fonction de la mobilité du patient), soit un déplacement de l'EMSP directement dans l'EHPAD si la situation est jugée trop complexe. L'EMSP rédige ensuite un compte-rendu de la téléconsultation, adressé à l'EHPAD et au médecin traitant du patient.

Bénéfices déjà constatés de TéléPallia© après 5 années de fonctionnement (45)

Cette expérimentation, débutée en janvier 2015, devait initialement se terminer en janvier 2018. Elle a toutefois été prolongée à deux reprises.

Sur ces 5 années, 134 actes de téléexpertise et 79 actes de téléconsultation ont été enregistrés. Le constat d'une majorité d'actes de téléexpertise s'explique par la nécessité de devoir déplacer le résident dans la salle dédiée pour pouvoir réaliser une téléconsultation, ce qui n'est pas toujours évident dans une démarche palliative.

Les principaux motifs d'appels sont les suivants : prise en charge de la douleur et réflexion sur l'intensité des soins, altération de l'état général d'un patient, troubles neurologiques ou cutanés, anxiété et dépression.

Les premiers retours de la part des EHPAD montrent une diminution du nombre d'hospitalisations des résidents et l'amélioration de la qualité de prise en charge palliative de ces derniers.

c. Autre projet de télémédecine en soins palliatifs, dans les Hauts-de-France, pour les patients en HAD

Depuis mars 2018, porté par le constat de l'inconfort généré par le transport des patients venant aux consultations externes, le Centre Oscar Lambret (COL) a mis en place des plages de consultations via télémédecine (46).

Cette option est proposée aux patients déjà rencontrés physiquement par l'un des médecins du service de soins palliatifs du COL suite à une hospitalisation, une consultation externe ou encore une rencontre avec l'équipe mobile. Le suivi à domicile par l'HAD Santélyls est une deuxième condition indispensable. Il existe d'autres prérequis nécessaires, tels qu'une bonne couverture réseau, la résidence en métropole lilloise et bien entendu l'accord du patient pour un suivi en téléconsultation.

La téléconsultation pour les patients en HAD, en pratique :

Le jour de la téléconsultation, le patient est à son domicile, accompagné d'un infirmier de l'HAD Santélylys et éventuellement d'un proche et/ou du médecin traitant. Le matériel informatique est fourni par Santélylys et installé par l'infirmier (un ordinateur, une clé 4G permettant l'accès à internet et une caméra mobile). Le médecin hospitalier est quant à lui dans son bureau et utilise le logiciel Skype Entreprise (46).

En plus d'un apport purement matériel, la présence d'un infirmier permet d'apporter des informations précises sur la prise en charge au domicile. À noter que c'est récemment, depuis janvier 2020, qu'un nouvel avenant dans la convention nationale des infirmiers libéraux leur permet d'assister les médecins téléconsultants auprès des patients (47).

À la fin de la téléconsultation, le médecin du COL envoie un compte-rendu au médecin traitant. Il peut également rédiger les ordonnances des médicaments à délivrance hospitalière afin de les faxer à Santelys.

Retour d'expérience de cette prise en charge innovante :

Une étude menée en 2020 cherchait à dresser un premier bilan, après 20 mois de fonctionnement. Quarante-sept téléconsultations avaient déjà été réalisées. Les patients et leur entourage se disaient globalement satisfaits de cette modalité de consultation. À noter que la présence d'un infirmier au chevet du patient permet de

rendre l'outil informatique plus accessible et moins source d'angoisse pour le patient (46).

3. Les objectifs de notre étude

Afin d'optimiser la prise en charge palliative de certains patients au domicile, l'USP de Douai aimerait à son tour développer un service de télémedecine sur le territoire du Douaisis.

Bien que les modalités techniques et pratiques restent à définir en termes d'équipement informatique et d'organisation, l'idée serait de développer un outil de téléconsultation permettant, à distance, l'évaluation plus ou moins le suivi de patients en prise en charge palliative, à leur domicile. En s'inspirant de ce qu'il existe déjà au niveau régional, le projet concernerait en premier lieu des patients résidant en EHPAD et également éventuellement des patients en HAD à leur domicile.

En ce sens, la télémedecine deviendrait alors un nouvel outil dont pourrait disposer le médecin traitant dans ses prises en charge, s'il en ressent le besoin.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de recueillir l'avis des médecins généralistes du Douaisis quant à l'arrivée de la télémedecine comme nouvel outil d'aide à la prise en charge palliative de leur patient en fin de vie et sous quelle forme ils l'envisageraient préférentiellement.

L'objectif secondaire est d'identifier, parmi les outils déjà à leur disposition, lesquels sont utilisés par les praticiens généralistes dans leur pratique quotidienne des soins palliatifs.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

L'avis et les attentes des médecins généralistes du Douaisis quant à ce projet de ont été recueillis par le biais d'une méthode qualitative. Les entretiens ont été menés entre décembre 2020 et juin 2021.

Cette méthode a permis de recueillir des données principalement verbales par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés.

II. L'échantillonnage

L'échantillon constitué incluait des médecins généralistes installés dans la région du Douaisis. Le recrutement s'est fait par téléphone et sur la base du volontariat, en variation maximale.

Afin d'obtenir une variabilité maximale, l'échantillonnage était raisonné sur plusieurs critères : le lieu d'exercice rural ou urbain, la présence d'une formation spécifique aux soins palliatifs, les envois fréquents ou non de patients à l'USP de Douai (médecin généraliste connu de l'USP en cas de demandes d'avis ou d'admissions fréquentes), l'âge des participants et leur sexe.

Le recrutement a été fait par mail et par téléphone, grâce à un annuaire internet sur Google.

La taille de l'échantillon n'a pas été définie au préalable. L'échantillon final se compose de 11 médecins généralistes. L'arrêt du recueil a été décidé au moment de

l'atteinte de la saturation des données, c'est-à-dire le moment où de nouveaux entretiens n'apporteraient plus d'information supplémentaire. Celle-ci a été atteinte à la fin du onzième entretien.

Une petite dizaine de médecins contactés ont refusé de participer à l'étude, par manque de temps.

III. Entretiens et recueil de données

Réalisation des entretiens

Afin d'orienter, en partie, le discours et les informations apportées par la personne interrogée autour de thèmes préalablement établis, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés.

Le médecin interrogé avait le choix des modalités de l'entretien : soit en présentiel au cabinet, soit au téléphone, soit en vidéoconférence. Cinq entretiens ont eu lieu en présentiel, cinq par téléphone et un en vidéoconférence sur l'application WhatsApp.

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils durent entre 8 et 21 minutes. La durée moyenne est de 14 minutes.

Guide des entretiens

Un guide d'entretien qualitatif semi-structuré individuel a été préalablement rédigé dans le but de structurer le déroulement de chaque entretien, tout en gardant

une certaine souplesse dans la chronologie des différentes questions. Afin de préciser quelques réponses, des relances pertinentes du médecin interrogé ont été faites, pouvant parfois faire varier l'ordre des questions (48).

Au cours de cette étude, l'investigateur a parfois été amené à introduire des questions supplémentaires au cours de certains entretiens, pour faire préciser certaines réponses ou appuyer certaines informations apportées.

Le guide initial, comportant cinq questions ouvertes, a été adapté au fil de la progression de l'étude. En effet, les entretiens étaient retranscrits au fur et à mesure. Une micro-analyse ligne à ligne a permis de mettre en avant les idées à éclaircir aux entretiens suivants (49). Les questions du guide ont donc été modifiées afin de répondre au mieux aux objectifs énoncés (cf. annexe 2).

IV. Analyse des données

Retranscription

La retranscription a été faite par l'investigateur sur le logiciel de traitement de texte Word. Les données ont été enregistrées de façon anonyme sans mention du nom ou du prénom des personnes interrogées. L'investigateur était désigné par les lettres « HL » et les médecins interrogées par la lettre « M » suivie d'un numéro correspondant à l'ordre chronologique d'inclusion.

Les propos des médecins n'ont pas été reformulés.

Analyse

L'analyse systématique de chaque entretien a permis de faire ressortir des phrases porteuses de sens. Ces dernières ont été codées par l'intermédiaire du logiciel N'Vivo qui permettait de faire ressortir des idées clefs sous forme de « nœuds ».

Critères de validation scientifique

La suffisance des données a été obtenue à la fin du dixième entretien et confirmée par la réalisation du dernier entretien qui n'apportait plus de nouvelles idées.

Une triangulation des données a également été entreprise, afin de permettre une superposition de plusieurs perspectives et interprétations. Un double codage a donc été réalisé pour une partie des entretiens, avec un autre interne en médecine générale réalisant également une thèse qualitative.

Nous avons, au maximum, essayé de respecter les critères de la *consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ). 28 de ses 32 critères ont été respectés. Les critères 17, 23, 25 et 28 ne l'ont pas été (cf. annexe 3).

V. Bibliographie

Les recherches bibliographiques ont été entreprises par l'intermédiaire de plusieurs moteurs de recherche dont PubMed, SUDOC et Pépite.

Le logiciel Zotero a permis d'optimiser la gestion de cette bibliographie.

VI. Éthique

Le protocole de recherche de cette étude a été approuvé par la commission de recherche des départements de Médecine et de Maïeutique de la Faculté de Médecine et Maïeutique. L'enregistrement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été effectué.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques des médecins interrogés

	Sexe	Tranche d'âge	Zone d'activité	Type d'activité	Type d'entretien	Durée de l'entretien
M1	Femme	40-60 ans	Urbaine	MSP	Présentiel	12 minutes
M2	Femme	40-60 ans	Urbaine	Seul	Téléphonique	8 minutes
M3	Homme	40-60 ans	Urbaine	Seul	Téléphonique	16 minutes
M4	Homme	40-60 ans	Semi-rurale	MSP	Appel vidéo	13 minutes
M5	Femme	25-40 ans	Rurale	Associé	Présentiel	21 minutes
M6	Homme	> 60 ans	Rurale	MSP	Téléphone	8 minutes
M7	Femme	40-60 ans	Semi-rurale	Associé	Téléphone	16 minutes
M8	Homme	25-40 ans	Rurale	MSP	Téléphone	15 minutes
M9	Femme	40 – 60 ans	Urbaine	Seul	Téléphone	8 minutes
M10	Homme	25-40 ans	Urbaine	Seul	Présentiel	21 minutes
M11	Homme	> 60 ans	Urbaine	Seul	Présentiel	17 minutes

II. Ressenti des médecins généralistes par rapport à la prise en charge de leurs patients en fin de vie, en ville

1. Fréquence

En termes de fréquence, tous les médecins généralistes interrogés étaient unanimes sur le fait qu'ils étaient peu souvent confrontés à des fins de vie au domicile. Cela restait, dans leur pratique, plutôt anecdotique.

M3 : Ça remonte à plusieurs années et c'était en effet dans le cadre d'hospitalisation à domicile. Je n'étais pas le seul intervenant.

M6 : Des fins de vie au domicile on n'en fait pas souvent.

M8 : Je dirais que je fais environ une fin de vie tous les 3 mois.

2. Ressenti

- Certains praticiens, une minorité, disaient maîtriser les soins palliatifs et paraissaient à l'aise dans l'accompagnement de la fin de vie.

M5 : Les thérapeutiques, ça va. J'arrive à gérer.

M8 : Ça se passe bien. J'aime bien quand les choses sont bien claires avec le patient. Alors au maximum j'essaie de discuter avec eux.

- Par ailleurs, d'autres médecins soulignaient des difficultés dans ces prises en charges, principalement liées à leur manque d'expérience dans le domaine palliatif et au sentiment d'être insuffisamment compétent dans ce domaine.

M7 : Avec une certaine incompétence, en tout cas pour moi. Je pense que c'est vraiment quelque chose de très particulier l'accompagnement de fin de vie. Et ça demande des compétences particulières ; je pense qu'il faut y être formé.

Ces difficultés semblaient concerner principalement la prise en charge globale des patients plus que l'aspect purement thérapeutique, bien que cela ait tout de même été mentionné une fois.

L'accompagnement de la fin de vie et les problématiques que cela peut soulever chez le patient et son entourage semblaient parfois être source de difficulté pour les médecins interrogés.

M3 : Bah écoutez en effet, c'est un sujet qui, malgré l'expérience, reste angoissant. Je veux dire la fin de vie et tout ça.

M7 : Que lui dire ? Quels mots dire ? De quoi parler ? Des fois je me pose des questions, sur : « est-ce qu'on parle de la mort ? ». On a toujours cette peur et cette appréhension à parler de la mort. Je pense que c'est vraiment sur les versants : sur la part thérapeutique du patient et sur la part psychologique de l'accompagnement.

M9 : On n'a pas l'habitude déjà. Et après c'est dans la prise en charge de l'entourage, plus que dans les thérapeutiques et même plus que le patient en lui-même. Tout dépend de l'entourage, de comment il est présent et de comment il arrive à gérer en fait.

M11 : Mais c'est vrai que c'est toujours un peu triste, c'est sûr. Quand on a suivi des gens pendant trente ans et qu'on les voit partir.

- Enfin, le sentiment de solitude était un point qui a été soulevé plusieurs fois. En effet, certains praticiens interrogés déploraient le fait de se sentir complètement isolés dans ces accompagnements de fin de vie.

M5 : Mon ressenti en ville, je trouve qu'on est assez seul. Après j'ai toujours du mal avec les fins de vie et les soins palliatifs en ville parce que ça demande beaucoup de présence, des visites.

M7 : Alors au domicile, je trouve que l'on est isolé. On se sent très seul en tant que médecin généraliste.

3. Différence entre le domicile et les EHPAD

- Le ressenti personnel ainsi que les problématiques rencontrées restaient les mêmes pour le médecin traitant, que le patient soit à son domicile ou en EHPAD.

- Cependant, le principal atout des EHPAD était la présence déjà sur place, d'un personnel paramédical efficace et formé. Cela permettait également de rendre la prise en charge moins dépendante de l'environnement du patient.

M2 : En EHPAD c'est plus facile dans le sens où on a la possibilité d'avoir une surveillance continue. À domicile bah ça dépend de ce qu'il y a comme famille, comme entourage.

M6 : En EHPAD c'est plus facile qu'au domicile puisqu'on est avec du personnel qui est quand même formé.

M9 : Alors c'est un peu compliqué. C'est plus facile en EHPAD parce que l'on a une équipe soignante en permanence. Alors qu'à domicile, ça dépend beaucoup du soutien familial.

4. Motif d'hospitalisation d'un patient en fin de vie

- Tous les praticiens interrogés insistaient sur le fait qu'ils essayaient au maximum, lorsque cela été la volonté du patient, de maintenir ce dernier au domicile jusqu'à son dernier souffle.

M4 : On fait un maximum pour garder les gens chez eux jusqu'à la dernière minute. Parce que je considère que c'est chez eux qu'ils sont le mieux pour finir leurs jours.

M10 : Alors non, je n'ai pas eu l'occasion d'hospitaliser des patients en soins palliatifs. Ils sont décédés à la maison à chaque fois.

M11 : C'est la décision du patient : est-ce qu'il veut finir sa vie à domicile ou est-ce qu'il veut aller en soins palliatifs à l'hôpital où c'est souvent mieux géré ? (...) Mais ça, c'est toujours avec l'avis du patient, c'est lui qui va décider. Moi si les patients veulent finir leur vie à domicile, je vais gérer le coup et essayer de les suivre au domicile.

- Il avait tout de même été signalé des situations où l'hospitalisation était devenue nécessaire :
 - Le motif d'hospitalisation revenant le plus souvent, au fil des entretiens, concernait l'entourage familial du patient ; ce dernier étant insuffisamment présent ou se trouvant dépassé par les événements.

M1 : Souvent, quand on a eu besoin d'hospitaliser c'est parce qu'il y avait besoin d'un répit familial. C'est souvent ça.

M4 : C'est vraiment des personnes qui sont seules, qui n'ont pas la possibilité d'avoir des aides humaines à domicile : que ce soit la famille, l'entourage ou encore les proches. Des personnes pour qui les auxiliaires de vie ou les paramédicaux ne suffisent plus ; les patients pour qui il faut une surveillance nocturne par exemple.

M6 : Ou la famille ou l'accompagnant était déjà lui-même trop fragile et du coup c'était trop difficile à supporter parce que l'HAD ne reste pas toute la journée non plus.

- Il avait également plusieurs fois été question de l'environnement direct du patient qui ne permettait pas de le maintenir chez lui, dans des conditions correctes.

M2 : Pour le dernier en tout cas, c'est parce que les conditions à domicile étaient difficiles. C'était sale, il n'y avait aucun confort pour le malade, on ne pouvait pas faire monter un lit médicalisé. On a des conditions de vie, à certains endroits sur Douai, qui sont vraiment sordides.

- La persistance de symptômes réfractaires, malgré l'optimisation du traitement selon les capacités du médecin généraliste en ville, avait également été signalée.

M3 : Alors peut-être que si, ça m'est arrivé. (...) C'était un cancer multimétastasé dont l'état général se dégradait. Une personne âgée dont le maintien à domicile devenait compliqué. C'est même elle qui m'a presque demandé à être hospitalisée.

M6 : Souvent c'est pour des douleurs insupportables avec une famille qui ne supporte pas. Du coup c'est plus la tolérance de la famille et puis les douleurs réfractaires que ne supportait pas le patient.

- Un des médecins interrogés avait évoqué, comme argument d'hospitalisation, le confort que l'on retrouvait aujourd'hui dans les services de soins palliatifs par rapport à ce qu'il était possible de faire en ville.

M11 : Pour ce fameux nursing qui va parfois beaucoup plus loin. Ce sont des gens spécialisés vraiment en soins palliatifs donc qui peuvent aller beaucoup plus loin. Ils leur font des massages et des trucs en plus que ne fera pas forcément l'infirmière en ville. Pareil pour le kiné en ville qui fera des soins techniques, éviter des escarres, travailler des choses, mais il ne fera pas forcément des soins de confort purs. On restera un peu technique en médecine de ville que dans un service de soins palliatifs ils vont être plus dans des trucs annexes, qui sont loin d'être annexes pour le confort du patient.

- À noter que la plupart des médecins affirmaient ne jamais avoir hospitalisé de patient en fin de vie pour une question d'adaptation thérapeutique.

M9 : Ça ne m'est pas arrivé. On a toujours réussi à gérer avec le médecin de l'HAD notamment et son expérience pluridisciplinaire.

III. Connaissance et usage par les médecins interrogés des « outils » à leur disposition pour les appuyer dans les prises en charge palliatives de leurs patients

1. L'HAD et les soignants paramédicaux libéraux

- Pour presque tous les médecins interrogés, l'HAD était indispensable dans un contexte de fin de vie au domicile.

M9 : Alors toujours avec l'HAD. Et plus ou moins, s'il y en avait déjà une présente, les infirmiers libéraux.

M10 : Je m'appuie sinon énormément sur l'HAD. Dans ma tête, soins palliatifs égal HAD.

Le plus souvent, elle était installée après une sortie d'hospitalisation, mais les médecins en étaient aussi parfois les instigateurs.

M1 : Alors moi j'utilise l'HAD quand ils sont là, je n'hésite pas à les contacter et puis soit à mettre en place si jamais il y a besoin.

M9 : En règle générale en fait, l'HAD est mise en place à la sortie d'hospitalisation. Les soins palliatifs mettent en place l'HAD directement après la sortie d'hospitalisation. Il y a qu'une ou deux fois où j'ai dû la mettre en place moi-même.

Les praticiens y trouvaient l'avantage d'une expertise médicale ainsi que l'accompagnement par des professionnels souvent plus habitués qu'eux à ce genre de situation parfois complexe. Certains y trouvaient également l'occasion d'une concertation pluridisciplinaire.

Plusieurs médecins ont également reconnu demander des avis au médecin coordinateur de l'HAD même pour des patients qui n'étaient pas suivis par eux.

M2 : Je n'hésite pas à appeler l'HAD pour avoir des conseils sur ce qu'il faut faire.

M8 : Souvent, ce qui m'embête c'est certaines situations où le patient est âgé, ou alors lorsque la maladie est incurable, on dit souvent qu'il faut être pluridisciplinaire. Mais souvent je ne suis pas tellement pluridisciplinaire. Le médecin de l'HAD je l'appelle pas que pour être pluridisciplinaire, je l'appelle pour avoir une aide technique sur les posologies.

M8 : Quasiment à chaque fois que je suis intervenu en soins palliatifs et que j'ai dû mettre des traitements dont je ne me souviens pas de la posologie, je pense aux benzodiazépines et à la morphine, souvent je passais un coup de fil au médecin de l'HAD pour avoir son aval. Même si le patient n'est pas en HAD.

- Bien que les deux ne soient pas incompatibles, certains médecins préféreraient privilégier l'accompagnement par les paramédicaux libéraux déjà connus des patients. Cela permettait, entre autres, de réduire le nombre d'intervenants au lit du patient.

M1 : Après j'utilise beaucoup mon relationnel avec les infirmiers libéraux. Parce que parfois il n'y a pas besoin d'une HAD. S'il y avait déjà une équipe de soins de professionnels libéraux en marche, les patients préfèrent parfois continuer avec cette équipe plutôt que de voir une nouvelle équipe d'HAD débarquer chez eux.

M4 : On a quand même toute une batterie de paramédicaux libéraux qui peuvent faire pas mal de choses. Moi je travaille en équipe avec infirmiers et des aides à domicile et auxiliaires de vie. On se rencontre même de temps en temps au lit du patient, à son domicile, pour élaborer des choses. On a des visites de synthèse qui sont prévues

pour ça dans la CCAM de la sécurité sociale. Donc ça va, ça ne se passe pas trop mal.

M11 : Non, je pense que les gens ont besoin d'une personne, de gens qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. On essaie d'être le moins nombreux possible face à une personne qui finit sa vie pour qu'ils aient confiance, qu'ils s'appuient sur ces personnes : des têtes qu'ils connaissent et pas avoir 36 personnes. Plus il y a de monde, moins ça devient humain.

D'autant que certains médecins généralistes n'étaient pas tout à fait satisfaits des prestations offertes par l'HAD.

M4 : L'HAD je ne suis pas très copain avec. C'est un millefeuille administratif, un foutoir sans nom.

M11 : Parce qu'une personne qui est en fin de vie, elle aime bien avoir de l'humanité. Alors que l'HAD il y a un roulement des infirmiers, le personnel roule. Ils n'ont jamais le même soignant en face d'eux.

2. La Plateforme santé du Douaisis

- Une minorité des médecins interrogés avait recours à la Plateforme santé du Douaisis, principalement pour l'aide psychologique et les accompagnants.

M1 : J'utilise aussi la ressource Plateforme ressource Douaisis sur les maladies chroniques et le cancer. Ça c'est vrai qu'ils ont une démarche par exemple pour des personnes d'accompagnement, de compagnie, de choses comme ça, ils sont pas mal.

M7 : Ça arrive que je l'utilise pour l'accompagnement psychologique par exemple. Ils ont un psychologue, et c'est intéressant aussi.

M9 : J'ai déjà fait aussi avec la Plateforme mais c'est moins une habitude.

- Cependant, la plupart des médecins ne connaissent ni l'existence du réseau ni son utilité.

M3 : Non, je ne les connais pas. Moi mon seul communicant que j'ai, à ma connaissance et c'est peut-être de ma faute, c'est l'HAD.

M8 : Alors non, ça ne me parle pas tellement. Je ne sais même pas ce que c'est.

3. Le service de soins palliatifs du CH de Dechy

La plupart des médecins interrogés et principalement ceux implantés depuis plusieurs années dans le Douaisis n'hésitaient pas à prendre directement un avis téléphonique auprès des médecins du service de soins palliatifs du CH de Dechy.

M1 : Effectivement quand on a des difficultés en général on arrive à joindre assez facilement les médecins des soins palliatifs.

M6 : J'appelle les soins palliatifs de Douai quand j'ai besoin.

Un des médecins avait également mentionné les courriers de sortie du service de soins palliatifs comme outils sur lequel s'appuyer pour optimiser sa prise en soin.

M8 : L'équipe de soins palliatifs indirectement. Si le patient sort de soins palliatifs, j'ai un courrier. Mais je ne les contacts pas directement.

IV. Attentes de la pratique de la télémédecine en soins palliatifs par les médecins généralistes du Douaisis interrogés

1. Accueil d'un tel projet de télémédecine en soins palliatifs

a. Réaction souvent pondérée par leur propre utilisation de la télémédecine

La pratique de la télémédecine n'était pas ancrée dans les habitudes des médecins généralistes de la même façon. Certains l'avaient déjà complètement intégrée dans leur pratique professionnelle tandis que d'autres préféraient la garder à distance.

M5 : Moi je ne fais pas de télémédecine au cabinet. Je viens de m'installer et je suis un peu vieux jeu sur la télémédecine. Après c'est une question d'éducation de la patientèle.

M9 : Évidemment, ça serait intéressant. On a développé beaucoup la télémédecine pendant l'épidémie.

M11 : Bon déjà la médecine derrière un écran je n'arrive pas du tout. Pour votre génération ça va fonctionner certainement beaucoup mieux. Moi ici, il n'y a pas de téléphone, pas d'ordinateur. Je parle à mes patients en les regardant dans les yeux. Quand je suis dans mon cabinet, je suis dans la vie. Mais c'est vrai que les ordinateurs, c'est une nouvelle médecine qui va se faire. Ce n'est pas la mienne.

b. Accueil positif et attentes

- La majorité des médecins généralistes interrogés ont vu, dans ce projet de télémédecine, un nouvel outil qui pourrait leur être utile dans certaines situations complexes de fin de vie.

M3 : Donc après qu'on puisse me donner, dans des situations difficiles qui ne sont peut-être pas habituelles, des conseils ; ça oui ça serait une super idée.

M5 : Après dans les traitements, c'est vrai aussi que parler de la prise en charge médicale c'est toujours intéressant pour les médecins. Je ne me sens pas mal à l'aise dans les thérapeutiques mais avoir un avis sur une MORPHINE plutôt qu'une autre.

D'avoir un avis qui conforte mes décisions c'est rassurant. Parce qu'on ne manie pas ces médicaments tous les jours comme on pourrait le faire dans un service de soins palliatifs.

M7 : En tout cas, on en a un besoin monumental. Parce que quand on voit le nombre de gens qui demandent à mourir chez eux et que par défaut de pouvoir les prendre correctement en charge au domicile, on les hospitalise.

M10 : En tout cas c'est vrai que tout ça pourrait être intéressant. On aimerait que ça se développe un petit peu plus.

- Ils mettaient également en avant l'avantage de créer un « pont » entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, permettant entre autres de diminuer le sentiment d'isolement dans ce genre de situation.

M4 : Alors pour moi personnellement, favorablement, bien sûr. C'est toujours difficile de joindre les praticiens hospitaliers, ils ont pleins de choses à faire et nous aussi. Ça ne tombe jamais bien. Ce n'est pas facile donc effectivement si on peut avoir un système de dialogue, de prise en charge simplifiée, oui tout à fait.

M5 : Mais bon, si ça peut permettre de faire venir l'hôpital en ville, là, clairement il y a un vrai intérêt je trouve.

M5 : Ça peut vraiment être intéressant de ramener les soins palliatifs au domicile du patient. On en a besoin.

- Il avait également plusieurs fois été mentionné l'avantage que la télémédecine apporterait de pouvoir coter auprès de la Sécurité sociale le temps passé à prendre des avis.

M3 : Ça permet d'un autre côté de valoriser des choses qu'on faisait gratuitement. Moi tous les soirs je passe 1h à 1h15 à regarder les bilans, appeler les gens, gérer l'administratif médical. Alors que c'est du temps médical que tu passes, ce n'est pas valorisé.

c. Accueil plus mitigé

- Certains médecins interrogés insistaient sur l'importance de la clinique en médecine et surtout dans la pratique des soins palliatifs.

M1 : Il y a effectivement un gros phénomène de mode, actuellement, sur la télémédecine, mais que ça a quand même des limites. On se rend compte, avec le COVID de ces limites. C'est au médecin de rester vigilant sur ce qu'il est possible de faire en télémédecine et ce qui ne l'est pas. On est quand même des cliniciens, surtout nous les médecins généralistes. Lorsqu'on enlève la clinique de la médecine, il reste beaucoup moins de choses.

- De plus, certains de ces médecins expliquaient l'existence, déjà, de la possibilité de demander un avis aux médecins de soins palliatifs par un simple appel

téléphonique. Ils ne voyaient alors pas l'intérêt de la télémédecine qui selon eux ne ferait que « complexifier » cette démarche.

M1 : Donc c'est vrai que l'avis qu'on peut demander ponctuellement par téléphone sans prendre RDV c'est quand même plus pratique et plus facile d'accès. D'autant qu'ils sont facilement joignables.

M6 : Je trouve qu'avec le téléphone j'arrive à me débrouiller. Des fois je me demande si la technicité ne ralentit pas notre manière de faire. On est en ville, on est au domicile, on n'a pas forcément de PC ni de 4G qui passe.

M8 : Moi je pense que je n'en aurais pas spécialement besoin. Si j'ai besoin d'une aide, un coup de fil à un médecin habitué à ce genre de situation me suffira.

2. Perspectives organisationnelles

Les médecins généralistes participant à notre étude ont également été sollicités pour donner leur avis sur les possibilités organisationnelles d'un tel dispositif. Ils étaient tous d'accord pour dire que la mise en contact avec le service de soins palliatifs du CH de Dechy, via la télémédecine, impliquerait certaines contraintes.

a. En termes horaires

Une des premières contraintes pointées par les médecins interrogés était la coordination des disponibilités. En effet, l'acte de télémédecine tel qu'envisagé

initialement, impliquait d'un côté le médecin généraliste au chevet du patient (donc en visite à domicile) et de l'autre le médecin de l'unité de soins palliatifs. Trouver un créneau horaire où les deux parties étaient disponibles semblait être une difficulté supplémentaire.

M1 : C'est toujours les contraintes liées au planning. C'est ça la difficulté en médecine de ville.

M3 : Les visites, c'est très difficile de prévoir un horaire. C'est très compliqué. On est tellement pressé par le temps que c'est difficile de dire qu'on sera ici à telle heure, puis attendre la mise en place de la vidéo puis le contact avec le médecin de l'autre côté. Ça peut paraître idiot, mais dans la pratique, ça peut paraître compliqué.

M10 : Je pense que ce qui risque de poser le plus de problèmes, c'est de se coordonner en fait finalement. Ça va être ça le gros souci. Il y en aura forcément un qui aura du mal à prévoir son horaire de passage et de l'autre côté on ne va pas demander à un médecin d'être en permanence à côté de son ordinateur.

Cependant, certains médecins se montraient tout de même prêts à un peu de souplesse sur les possibilités d'organisation en arguant que les prises en charge de fin de vie étaient suffisamment rares pour leur accorder le temps nécessaire.

M4 : Je ferai à la demande. Après, en fonction des horaires de fonctionnement du service, de la présence des professionnels de santé sur place, je m'arrangerai pour voir mes patients qui nécessitent une téléconsultation à des heures où je suis sûr de

pouvoir les trouver. Moi, si tous les mardis matin de 11h à 12h je suis dispo en visio pour les problèmes qu'on peut avoir, j'organiserai mes visites à domicile dans ces plages horaires. Ça ce n'est pas très très compliqué, à part urgence absolue. On peut toujours s'arranger. Avec un peu de souplesse de chaque côté, ça ira très bien.

b. En termes informatiques et logistiques

- Tous les médecins interrogés s'accordaient sur la nécessité d'un dispositif informatique le plus simple d'utilisation possible. D'autant plus, si l'acte de télémedecine se faisait au domicile du patient.

M3 : Les médecins généralistes, on est quand même très pris par la charge de travail. Donc s'il faut commencer à sortir tout un bordel, des caméras et tout. Ce n'est pas la peine. Il faut que ça soit très pratique. Que ça soit presque instinctif et très ergonomique.

M4 : Il faudrait dans l'idéal que ça soit accessible par smartphone dans la mesure où on est souvent au domicile du patient dans ces cas-là. Les fins de vie se font souvent à la maison ou en EHPAD ou en institution ; rarement il y a consultation au cabinet. Donc sur les smartphones ça serait le top. Donc après il y a plein de systèmes de visioconférence dédiés. Après j'ai aussi l'habitude avec WhatsApp, FaceTime, Google duo aussi. Tout fonctionne bien, il n'y a vraiment pas de soucis.

Il a souvent été question d'utiliser un simple smartphone, équipé d'une caméra et qui permettrait un échange vidéo.

M3 : Et un téléphone suffit dans ce cas-là. Mais il faudrait que ça soit sécurisé dans ce cas-là. Qu'il y ait une application, je ne sais pas. Et surtout que ça soit facile.

M6 : Avec les smartphones, on peut se voir. Moi je ne me balade pas avec un PC. Il y en a quelques-uns qui le font, mais je trouve que ça fait du poids en plus.

M7 : Je pense que l'outil dont on dispose tous, c'est le téléphone. C'est ce qui est le plus simple. Je pense qu'il faut essayer de trouver le plus simple possible.

- Une autre problématique soulevée était la question de la présence ou non d'un réseau internet au domicile du patient, ainsi que la qualité de ce dernier. Cette question était bien sûr abordée lorsqu'on envisageait la téléconsultation au domicile du patient.

M2 : Après, oui sur mon portable j'ai le partage de connexion. Il n'y a pas de wifi chez les gens. Il y a aussi ce problème-là.

- Enfin, un minimum de connaissance et de formation à l'outil informatique semblait nécessaire à l'usage de la télémédecine. Cela ne paraissait pas forcément intéresser certains médecins.

M10 : Mais après, c'est vrai que l'informatique c'est un gain de temps quand on maîtrise. Il faut aussi prendre le temps de s'investir. Je pense que beaucoup ne

s'investissent pas parce qu'ils n'en voient pas l'intérêt, mais il y a beaucoup de médecins qui perdent du temps dans des choses.

3. Différents modèles de télémédecine envisagés lors des entretiens

Différents modèles de télémédecine ont été envisagés durant les entretiens. Au centre de ces différentes possibilités, la question de la place du médecin traitant et de l'intérêt de la vidéo avait été abordée.

a. Place de la vidéo

L'intérêt prêté à la vidéo par rapport au bénéfice escompté n'était pas unanime. Et bien que la présence d'un contact vidéo ne soit pas indispensable à la pratique de la télémédecine, ces deux notions étaient souvent indissociables dans l'imaginaire des médecins interrogés.

- Beaucoup des médecins interrogés n'étaient pas persuadés de l'utilité d'un support vidéo. Ils pointaient du doigt la difficulté de mettre en place un tel dispositif par rapport au peu d'avantages attendus, le téléphone leur semblant largement suffisant.

M1 : Dans mon cas, si on entend par télémédecine « vidéo-consultation », ça ne m'apporterait pas tellement plus qu'une téléexpertise. Voilà. À part pour des choses très ponctuelles qui seraient à voir.

M3 : Donc après, en soit, la télémédecine si on parle de vidéo tout ça, bon voilà je ne suis pas sûr que ce soit forcément indispensable.

M6 : En fait, le plus intéressant pour un médecin généraliste, c'est déjà de réussir à avoir le spécialiste quand on veut l'avoir. C'est ça la vraie difficulté. Après que je l'ai par téléphone ou par vidéo, je ne suis pas sûre que ça changera grand-chose. Quand on pose une question à un autre médecin, souvent on arrive à se comprendre sans la vidéo.

- Cependant, d'autres médecins interrogés voyaient tout de même, dans l'utilisation de la vidéo, une occasion pour le médecin de soins palliatifs d'appréhender l'état général du patient ainsi que son environnement.

M5 : La visio est intéressante pour visualiser le patient ; son état, ses angoisses, ses traits. C'est important je trouve de voir, en soins palliatifs. Et voir son environnement.

M10 : Alors l'intérêt de la vidéo, peut-être pas à chaque fois. On n'en aurait pas forcément besoin tout le temps. Mais ça peut être bien pour l'interlocuteur de l'autre côté de se rendre compte vraiment de l'état du patient. Ça évite aussi le filtre un peu biaisé du médecin derrière. Je pense que c'est bien aussi d'avoir un peu la tête du patient derrière. Ça a peut-être plus d'intérêt pour le médecin hospitalier que pour nous vraiment.

La restructuration du guide d'entretien avait permis de réorienter la discussion avec les médecins interrogés autour de la question de la télémédecine et non de la

place de la vidéo. Il avait alors été discuté des différentes possibilités de télémédecine envisagées.

b. Téléexpertise

- Certains médecins généralistes interrogés, ne voyant pas l'intérêt d'un appui vidéo, privilégiaient la piste de la téléexpertise. Cela permettait ainsi la mise en relation avec le médecin de soins palliatifs en s'émancipant des contraintes liées à l'informatique.

M3 : Les conseils dont on a besoin à ce moment-là c'est d'être aidé sur des démarches thérapeutiques, des protocoles qui pourraient aider ou améliorer le confort du patient, ou même simplement un soutien. À la limite, est-ce que vraiment la vidéo serait utile ? Honnêtement je ne vois pas. Alors peut-être je suis trop vieux, je n'en sais rien.

M8 : Après si c'est moi qui suis au chevet du patient, je ne pense pas que ce sera nécessaire. Je pense qu'un coup de fil pourrait suffire. Il n'y aurait pas d'apport supplémentaire à avoir un soutien vidéo si je suis au domicile du patient. Ce dont j'ai besoin, c'est une aide vraiment sur les thérapeutiques.

M9 : Mais pour le médecin, que je vous aie au téléphone ou en vidéo, en gros ça ne va pas changer.

Cela permettait également de laisser le patient en dehors de l'échange avec le médecin de soins palliatifs.

M1 : Bah oui ça ne serait pas forcément un RDV en présence du patient. En plus c'est vrai que des fois lorsqu'on demande un avis spécialisé on ne souhaite pas forcément qu'il y ait le patient qui entende tout ce qu'on dit ; surtout dans les fins de vie. C'est vrai qu'on a parfois aussi plus de confort de demander un avis un peu en « off ». Parce que parfois on a besoin de parler aussi un peu de la famille, de tout ça. On en parle en terme un peu technique parfois, ce qui peut être éprouvant pour les gens engagés dans ces processus-là. Ce n'est pas toujours bien que le discours médical soit ouvert comme ça sans filtre à la famille.

c. La téléconsultation

Parmi les médecins acceptant le concept de la vidéo comme appui de communication, leur propre place au sein de cette consultation était alors discutée.

Certains voyaient leur présence comme utile, voire indispensable ; alors que d'autres la considéraient comme superflue.

À noter que la présence de la vidéo impliquait presque systématiquement la participation du patient à la consultation. Il n'avait été fait mention qu'une seule fois de l'utilisation d'un support vidéo entre les deux corps médicaux.

M4 : Visuellement moi j'aime bien le contact visuel donc je préférerais que le professionnel de médecine en face de moi soit en visuel.

i. La téléconsultation à 3 incluant le médecin généraliste, le médecin de soins palliatifs et le patient

Un certain nombre de médecins interrogés trouvaient intéressante la tenue d'une téléconsultation incluant le médecin de soins palliatifs, le patient et eux-mêmes. Cela permettait d'accompagner le patient dans l'utilisation de l'outil informatique d'une part, et surtout de participer à l'échange pour le médecin.

M7 : Alors après il faut voir dans quel état est le patient. Je pense qu'il y a des patients qui sont en soins palliatifs et qui peuvent communiquer. Mais il y en a d'autres qui sont en difficulté. Mais je pense que les deux solutions sont intéressantes. Je pense qu'il faut peut-être penser à avoir une téléconsultation de soins palliatifs directement entre le patient et le médecin de soins palliatifs. Ou alors on peut envisager une visioconférence entre le médecin généraliste et le médecin de soins palliatifs pour discuter autour d'une situation. Je pense que ces deux alternatives sont intéressantes.

M10 : Si on fonctionne en réseau comme ça, on a toujours à gagner. Non non, je n'aurais pas l'impression de perdre mon temps [en participant à la téléconsultation].

Par ailleurs, d'autres médecins trouvaient leur présence moins indispensable et ne s'imaginaient pas participer à la téléconsultation. Les raisons évoquées étaient la coordination des emplois du temps d'une part (comme déjà évoqué plus haut) et la présence de trop d'interactions autour du patient d'autre part.

M5 : Mais je me vois mal faire une visio avec le médecin de soins palliatifs et moi au domicile du patient avec ma tablette par exemple. Ça va faire beaucoup d'intervenants. Je pense que l'idéal soit que les patients soient équipés eux-mêmes.

ii. La téléconsultation sans le médecin généraliste ; avec le patient et éventuellement un membre de l'HAD

- La majorité des médecins favorables à la téléconsultation en soins palliatifs l'envisageaient directement entre le médecin hospitalier spécialisé et le patient. La réception d'un compte-rendu téléphonique ou par courrier à la fin du rendez-vous leur paraissait appropriée.

M5 : La présence du médecin généraliste n'est pas forcément indispensable dans ce cadre-là, s'il y a un contre rendu ou un appel ensuite confraternel.

M7 : Je pense qu'il y aurait un intérêt fondamental d'avoir un contact entre le patient et le médecin de soins palliatifs. Il n'y aurait pas d'intermédiaire. Ça ne passerait pas par nous, médecins généralistes, pour avoir des informations sur le patient. Ça serait de la téléconsultation.

- Des médecins ont toutefois appuyé le fait que certains patients ne seraient pas en capacité d'utiliser la télémédecine. Les raisons évoquées étaient : soit un état général trop altéré, soit une incapacité à utiliser l'outil informatique.

M3 : En soins palliatifs vous avez quand même parfois de patients en état végétatif au fond de leur lit. Après je schématise un peu, c'est toujours pareil, mais vous voyez l'idée. Si je me représente un patient en fin de vie, c'est quand même des patients qui sont peu réactifs.

M6 : Après pour le patient ça peut être bien aussi, mais il faut déjà qu'il ait un PC ou un smartphone, mais ce n'est pas toujours le cas.

- C'est pourquoi certains médecins généralistes interrogés ont envisagé la possibilité de faire intervenir au domicile du patient une tierce personne qui participerait, au chevet du patient, à la téléconsultation avec le médecin de soins palliatifs. La présence d'un infirmier de l'HAD avait plusieurs fois été évoquée.

M3 : Qu'il y ait aussi une prévisite par l'infirmière coordinatrice. Que le médecin de soins palliatifs se renseigne avec l'infirmière coordinatrice qui est sur place, prenne des informations et de la vidéo et qu'après il y ait un contact secondairement avec le médecin, ça me paraît plus jouable.

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

1. Forces de cette étude

Ces deux dernières années ont été marquées, sur le plan sanitaire, par la pandémie de Covid-19. Cette dernière a considérablement impacté notre façon de pratiquer la médecine.

La télémédecine est en pleine expansion depuis plusieurs années. Le nombre de thèses soutenues sur ce sujet ces dernières années en est une illustration. Cependant, elle connaît depuis 2019 un essor particulier lié à cette crise sanitaire. Elle n'a jamais été autant au cœur de l'actualité médicale. Que les praticiens en aient un *a priori* positif ou négatif, lié ou non à son utilisation durant cette crise sanitaire, ils y ont tous été sensibilisés d'une façon ou d'une autre.

La méthode qualitative est adaptée aux objectifs de l'étude, car elle permet un dialogue dans lequel le médecin pouvait relater son expérience. Les entretiens semi-dirigés ont laissé place à une certaine marge de liberté dans l'expression des médecins interrogés.

Les critères de validité interne et externe sont respectés. La triangulation et la saturation des données ont permis de renforcer la validité interne. La constitution d'un échantillon ciblé et représentatif de la problématique étudiée a permis de renforcer la validité externe. L'échantillon est effectivement varié avec des médecins hommes et

femmes, ayant des expériences diverses. Le recrutement s'est fait sur l'ensemble du Douaisis, aussi bien dans des zones urbaines que rurales.

2. Limites de cette étude

Aux vues du contexte sanitaire et du souhait des médecins interrogés, la méthodologie a dû être partiellement modifiée au début du travail de recherche. Beaucoup de médecins généralistes ne pouvaient ou ne souhaitaient pas réaliser l'entretien à leur cabinet. Il leur était alors proposé de le réaliser par téléphone ou par visioconférence. Ce choix, proposé aux médecins en dehors du contexte strict de l'entretien, a permis par ailleurs d'avoir déjà une idée de leur affinité avec l'outil informatique. Un seul des médecins interrogés a souhaité le faire en visioconférence.

Seulement une partie des médecins contactés a accepté de participer à notre étude. En les contactant, nous évoquions simplement une thèse portant sur « la télémédecine en soins palliatifs ». On peut imaginer que ceux ayant accepté montraient déjà un certain intérêt pour les soins palliatifs d'une part et/ou la télémédecine.

Certains entretiens ont une durée un peu courte : trois entretiens ont eu une durée de 8 minutes. Cela peut être, au moins partiellement, lié à la « distance » imposée par le téléphone ; le dialogue était moins fluide qu'au cours d'un entretien en présentiel.

Le sujet et le guide d'entretien ont légèrement été modifiés après la réalisation de deux entretiens. Le sujet initial portait sur la télémédecine pratiquée par le médecin généraliste avec le médecin spécialisé de soins palliatifs, au chevet et en présence du patient. On s'est aperçu qu'il serait plus intéressant d'envisager la télémédecine de façon plus globale et de laisser le médecin s'exprimer sur les différentes pratiques possibles et envisagées.

De la même façon, la première ébauche du guide d'entretien marquait avec insistance la différence entre la prise en charge palliative au domicile d'une part et en EHPAD d'autre part. Après la réalisation de la moitié des entretiens, cette différence ne semblait pas pertinente et a été abordée avec plus de souplesse par l'investigateur, lorsque l'occasion se présentait.

II. Discussion des résultats

1. À propos de l'exercice des soins palliatifs par les médecins généralistes du Douaisis

La prise en charge d'une fin de vie au domicile est toujours une expérience particulière pour le médecin généraliste de par la relative rareté de la situation et de par le lien qui unit parfois le médecin traitant à son patient. Cette expérience d'accompagnement a souvent un impact important dans la vie professionnelle, mais aussi parfois dans la vie personnelle du médecin généraliste. Géraldine Texier aborde ce sujet dans un article publié en 2013 (50).

Ressentis et problématiques :

Les soins palliatifs sont considérés comme une discipline récente et en pleine expansion, au centre de nombreux débats et de nombreuses évolutions. Ces dernières années, de multiples études consacrées aux problématiques rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique ont vu le jour ; c'était également un des objectifs de notre travail de recherche. Ces problématiques sont diverses.

- Tout d'abord, les difficultés liées à l'environnement direct du patient ainsi qu'à la gestion de son entourage sont souvent un élément clef. Au-delà de l'aspect purement médicamenteux, le médecin est plongé au cœur d'une démarche de prise en charge globale. Celle-ci prend ici l'ampleur de tout son sens en incluant complètement le pan psychosocial. La place du ou des proches du malade, souvent aidants principaux, est centrale et à prendre complètement en considération. Cet accompagnement du malade autant que celui de ses proches peut parfois sembler lourd à porter pour le médecin généraliste.

Notre étude a d'ailleurs montré que l'épuisement familial et l'inadéquation de l'environnement du malade étaient un des motifs principaux d'hospitalisation des patients en fin de vie. Cet argument était souvent cité par les praticiens de notre étude, avant même celui de l'adaptation thérapeutique. Ce ressenti est commun à tous les médecins interrogés, quels que soient leur âge et leur expérience.

L'accompagnement difficile des proches est notamment évoqué par Marie-Claude Daydé en 2012 dans son étude « Soins palliatifs à domicile : évolution et

perspectives » (51). Elle fait également mention de l'impact personnel que ces accompagnements peuvent avoir sur le médecin en charge du patient.

- Ensuite, la question de la gestion des symptômes et de l'adaptation thérapeutique est également systématiquement abordée, lorsque l'on interroge les médecins généralistes sur leur pratique des soins palliatifs. Cela a également été le cas dans notre étude.

Pour certains médecins, le manque de formation et d'expérience dans ce domaine est source d'angoisse et d'incertitude dans leur prise en charge. C'est ce que met en avant Eve Legoff dans son étude menée en 2017 sur plusieurs territoires français : elle pointe du doigt des difficultés liées à une « carence de formation en soins de support » (52). De nombreuses autres études ont fait le même constat du besoin d'appuyer la formation des médecins généralistes à la pratique des soins palliatifs, applicable en médecine de ville (51,53).

D'autres médecins se montrent plus confiants quant à l'utilisation des thérapeutiques en lien avec la fin de vie. Il s'agit souvent de médecins installés depuis de nombreuses années et ayant accompagné un certain nombre de patients. Il en est de même dans notre étude. Nous notons également que ces médecins ont facilement le réflexe de prendre un avis auprès de l'USP de Douai, ce qui a tendance à renforcer leur sentiment de confiance en leur prise en charge.

Ces données sont comparables aux résultats retrouvés dans une étude menée par Bertrand Fougère en 2010 et abordant « les difficultés et les besoins des médecins

généralistes dans la prise en charge des patients en fin de vie, ainsi que l'utilisation des morphiniques dans le traitement des douleurs physiques ». Il mettait en avant la facilité d'utilisation des morphiniques par les médecins généralistes dans ce contexte et en particulier lorsqu'ils travaillaient avec un référent en douleur ou en soins palliatifs (54).

Cette proportion de médecins généralistes disant se sentir à l'aise avec les thérapeutiques de fin de vie contraste avec le nombre d'hospitalisations dans le service de soins palliatifs du CH de Douai pour adaptation thérapeutique. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les demandes d'hospitalisation dans ce genre de situation n'émanent pas forcément du médecin généraliste, mais de l'entourage familial ou des paramédicaux intervenant au domicile du patient.

- Enfin, le sentiment d'isolement du médecin généraliste dans l'accompagnement de la fin de vie chez un patient au domicile est aussi souvent mentionné comme étant un frein important à l'optimisation de ces prises en charge. Il renforce les incertitudes du médecin et le laisse souvent démuni face à des situations qu'il juge trop complexes.

Ce sentiment d'isolement, qui n'est pas ressenti uniquement par les médecins du Douaisis, peut paraître étrange aux vues des différents référents essayant de travailler en coordination avec le médecin généraliste dans les prises en charge de fin de vie. En effet, en France, ce dernier dispose de nombreux outils pour l'accompagner dans cette démarche : les professionnels libéraux, le SSIAD, l'HAD, les réseaux.

Utilisation des « outils » à leur disposition :

- La majorité des médecins de notre étude ne paraissaient pas renseignés sur les différents référents potentiels à solliciter autres que l'HAD, en particulier les réseaux. Ou alors, ayant connaissance de ces « outils », ils les délaissent, les jugeant trop redondants, chronophages et difficiles d'accès.

En revanche, l'HAD semble, pour beaucoup de praticiens, indispensable à l'accompagnement de la fin de vie en ville. Elle permet en effet au médecin traitant, en charge du patient, d'avoir accès à une certaine expertise ainsi qu'à des thérapies particulières non délivrées en ville.

Dans la littérature, la place des structures telles que l'HAD, les réseaux et les EMSP est discutée à maintes reprises.

Une méta-analyse réalisée par Leppin en 2014 montrait une diminution du risque d'hospitalisation chez des patients en soins palliatifs lorsqu'ils bénéficiaient de l'intervention de plusieurs intervenants (55).

Un travail de thèse datant de 2020 et portant sur « les soins palliatifs au domicile : état des lieux et relation des médecins généralistes avec les référents » semble arriver aux mêmes conclusions concernant parfois le manque de communication et de coordination entre les différents référents. Les réseaux de soins palliatifs étaient toutefois décrits comme « disponibles et adaptables » (56).

- Une autre solution face à ce sentiment d'isolement est la possibilité de prendre un avis, lorsqu'il est nécessaire, auprès de l'équipe de soins palliatifs référente sur le territoire. Encore faut-il qu'elle soit joignable. Sur le territoire du Douaisis, les médecins de l'USP du CH de Douai semblent disponibles. En effet, un certain nombre de médecins interrogés n'hésitent pas à les solliciter et se disent très satisfaits de leur réactivité. D'ailleurs, ces médecins n'évoquaient pas de sentiment d'isolement dans leur pratique.

Cependant, le lien ville-hôpital pourrait encore s'améliorer. C'est en tout cas ce que suggèrent Bertrand Fougère en 2012 et plus récemment Eve Legoff en 2017 (52,54).

Ce constat est ressorti quelques fois au cours de notre étude, en particulier lors d'entretiens de médecins nouvellement installés dans la région.

Certaines autres problématiques ont pu être soulevées dans d'autres études menées sur ce sujet. Elles n'ont toutefois pas été mentionnées par les médecins interrogés au cours de nos entretiens. Citons par exemple le manque de temps pour les visites à domicile et l'impact sur l'organisation du cabinet ou encore la limitation de l'arsenal thérapeutique en médecine de ville.

2. À propos du développement de la télémédecine en soins palliatifs

La télémédecine est en plein essor. On la retrouve notamment beaucoup à ce jour en radiologie, en oncologie, en dermatologie et aussi en ophtalmologie. Elle est

vue comme un moyen de pallier les déserts médicaux et de rendre ces spécialités accessibles au plus grand nombre.

Afin de répondre à une nécessité d'étendre et d'égaliser l'accès aux soins palliatifs, la télémédecine semble être, ici aussi, un début de solution. Quelle qu'en soit sa forme (téléconsultation ou téléexpertise, avec d'un côté le médecin généraliste et/ou le patient et de l'autre un médecin spécialisé en soins palliatifs), le but en finalité est de créer un « pont » entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

L'objectif principal de notre étude était d'appréhender les réactions des médecins généralistes interrogés, face à l'émergence d'un projet de télémédecine en soins palliatifs sur leur territoire. Dès l'évocation de la télémédecine, ces médecins montraient souvent un avis assez tranché, forts de leur propre expérience dans ce domaine. C'est ce que constatait également un travail de thèse réalisé en 2017 sur la mise en place de la télémédecine dans une maison de soins pluridisciplinaire (57).

Au fur et à mesure des entretiens, il a été possible de discuter des bénéfices attendus, des potentielles réticences et des perspectives de mise en place de ce projet.

Notre étude a pris le parti de ne pas recueillir l'avis des médecins de soins palliatifs. Cela aurait toutefois pu être intéressant, car le développement de la télémédecine modifie également leur propre pratique de la médecine et leur rapport au patient.

a. Bénéfices attendus

Pour le médecin généraliste :

Les médecins interrogés ne se sont pas montrés complètement unanimes quant aux bénéfices qu'ils pourraient attendre de la pratique de la télémédecine en soins palliatifs. Toutefois, la nécessité de créer ou tout du moins de renforcer le lien ville-hôpital a plusieurs fois été mentionnée.

La télémédecine et l'accès à l'expertise d'un médecin spécialisé permettent de réduire le sentiment d'isolement dans la pratique ambulatoire. Que cette télémédecine se fasse dans le cadre d'une évaluation initiale, d'un suivi après sortie d'hospitalisation ou simplement d'un avis isolé ; elle offrirait au médecin traitant en charge du patient le recours à une ressource jusque-là parfois difficilement accessible. Elle permettrait un accompagnement du médecin généraliste dans la prise en charge de la fin de vie.

Bien que rarement mentionnée dans cette étude, la télémédecine pourrait également permettre de rendre la médecine de ville plus collégiale. Un seul médecin a évoqué le manque de collégialité et de pluridisciplinarité comme un défaut dans ses prises en charge palliatives. L'accès à la télémédecine permettrait là encore de répondre à ce besoin. Cette idée a également été développée dans un travail de thèse de 2013 portant sur le recours des médecins généralistes à la télémédecine (58).

Non évoquée par les médecins de notre étude, la télémédecine peut également être l'occasion d'une formation informelle. Par le biais d'une participation directe du médecin généraliste à la consultation ou par celui d'un compte-rendu *a posteriori*, cela pourrait permettre d'enrichir son expérience pour les problématiques à venir (9).

Un seul médecin a évoqué l'avantage financier de la pratique de la télé médecine. En effet, la possibilité d'encoder les avis pris auprès de spécialistes, quels qu'ils soient, permet de rentabiliser le temps passé à les prendre.

Pour le patient :

Le recueil de l'avis des patients quant à la possibilité d'une téléconsultation ne faisait pas partie des objectifs de notre étude. Les médecins interrogés avaient toutefois souvent un avis sur la question, prenant à cœur l'intérêt et le confort de leurs patients en fin de vie. Nous pouvons également nous appuyer sur d'autres travaux ayant abordé cette question. Nous pouvons par exemple citer une revue de littérature publiée en mars 2020 visant à évaluer l'étendue et la nature de l'utilisation de la téléconsultation par le patient au Royaume-Uni ; ou encore une étude, également de 2020, évaluant l'expérience des patients avec la télésanté, durant la période de confinement (59).

En ce qui concerne les consultations ou le suivi en sortie d'hospitalisation : la télé médecine a l'avantage incontestable d'éviter le transport pour se rendre à la consultation. La mobilisation et le transport peuvent parfois se montrer très pénibles pour le patient. Ce dernier pourrait alors bénéficier de la consultation avec le médecin spécialiste dans le confort de son intérieur en évitant le trajet en ambulance et l'attente à l'hôpital.

Les patients restent toutefois très clairs sur le fait que la télé médecine doit rester une option, et que connaître le praticien est un atout avant une téléconsultation (59,60).

En ce qui concerne les hospitalisations de fin de vie : cela pourrait parfois permettre de diminuer l'incidence des hospitalisations et laisser le choix au patient de rester chez lui. Bien encadré par une équipe ambulatoire (médecin généraliste, infirmier libéral, HAD, SSIAD) et avec des consultations avec le médecin référent de soins palliatifs régulières et facilement accessibles à la demande, le domicile pourrait être une option plus facilement envisageable pour la fin de vie. Pierre Simon faisait déjà mention de cette possible nouvelle organisation des soins, grâce à la télésanté, dans un article publié en 2010 (61).

Attention toutefois à ne pas rechercher le « mourir au domicile » à tout prix. Certaines situations de fin de vie ne sont pas adaptées au domicile et la télémédecine ne peut pas toujours être la réponse. Nous évoquions par exemple précédemment les difficultés liées à l'environnement du patient ou à la gestion de l'entourage : difficultés pour lesquelles la télémédecine ne serait d'aucun secours.

Un des médecins que nous avons interrogé a également appuyé le fait qu'au domicile, les patients ne pouvaient bénéficier du « cocooning » et des soins de nursing offerts par une équipe spécialisée.

La réflexion d'une fin de vie au domicile doit alors tenir compte de tous ces facteurs pour le patient. La télémédecine peut, dans ce contexte, être vue comme un « outil » en plus à la portée du médecin de ville ; elle ne permettra cependant pas de compenser tout ce que pourrait procurer un service hospitalier de soins palliatifs.

La décision finale, sur son lieu de fin de vie, revient bien évidemment au patient, mais reste tout de même dépendante des possibilités de son médecin traitant ainsi que de son entourage.

Enfin, il est à préciser que la possibilité d'une téléexpertise, voire d'une téléconsultation ne garantit pas forcément la possibilité d'une place en hospitalisation lorsque celle-ci est nécessaire. Des études ont montré que le délai moyen d'attente d'un lit en service de soins palliatifs dépassait les 6 jours. Cela était en tout cas le cas en 2010, en moyenne, sur le plan national (62).

b. Réticences de la part des médecins généralistes

Malgré tous les bénéfices escomptés, l'expansion de la télémédecine pose tout de même question, tant sur un plan organisationnel qu'éthique, d'autant plus lorsqu'on l'applique aux soins palliatifs. Ces points d'interrogation ont de nombreuses fois été soulevés au cours des différents entretiens de notre travail.

En terme organisationnel :

La majorité des médecins interrogés ont rapidement abordé les contraintes informatiques et logistiques liées à l'utilisation de la télémédecine.

- Le recours à cette nouvelle forme de pratique de la médecine nécessite un équipement informatique adapté et sécurisé et une bonne connexion internet. Et bien que beaucoup de médecins soient déjà équipés de ce matériel, ce n'est pas le cas pour tous, en particulier les médecins approchant de l'âge de la retraite et ne souhaitant pas modifier ni moderniser leur pratique.

Les médecins interrogés et motivés par ce projet de télémédecine espéraient pouvoir utiliser leur téléphone mobile ou leur tablette munie d'une caméra. En

termes de logiciel, des applications usuellement utilisées telles que WhatsApp vidéo ou Skype ont été mentionnés. Se pose alors la question de la confidentialité et de la sécurisation de l'échange et des éventuelles données transmises. Un médecin a mentionné le logiciel Predice, bouquet de services numériques mis en place par l'ARS des Hauts-de-France.

La question du matériel informatique reste la même si l'on considère la tenue d'une téléconsultation sans la présence du médecin généraliste : le patient doit alors être lui-même suffisamment équipé pour accéder à cette télémédecine. Le risque étant alors, le cas échéant, de créer une inégalité d'accès par manque de moyen.

Ces réponses font écho à une revue de littérature réalisée en 2018 visant à identifier les obstacles perçus par les professionnels de santé à l'adoption de la télémédecine. Il était mis en avant des difficultés techniques liées à l'utilisation de l'outil informatique (manque d'équipement et de formation spécifique), la résistance au changement et le sentiment d'une prise en charge impersonnelle. (63)

Un certain nombre d'études se sont penchées plus spécifiquement sur l'utilisation du smartphone et des applications de messagerie instantanée pour la pratique de la télémédecine. L'idée est de la rendre la plus facilement accessible au plus grand nombre. Attention toutefois à la confidentialité et la sécurisation des données (64).

- La coordination des emplois du temps entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste hospitalier est un autre point qui pose question. Beaucoup de médecins se sont demandé s'il serait réellement possible de trouver une organisation

satisfaisante pour les deux parties. D'autant que les prises en charge palliatives sont déjà très chronophages dans leur pratique. La question se pose alors de l'intérêt de la présence du médecin généraliste à l'échange entre le patient et le médecin de soins palliatifs ou de la présence du patient à l'échange entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste.

Ces questions organisationnelles ont surtout été soulevées par des médecins ayant déjà acquis une certaine expérience et pratiquant déjà une sorte de télémédecine « sauvage » ; c'est-à-dire des médecins qui n'hésitent pas à prendre leur téléphone pour demander un avis, après une visite à domicile par exemple, ou alors des médecins qui télétransmettent des images ou des photos pour également demander un avis au spécialiste.

Ils pratiquent alors déjà, parfois sans le savoir, une forme de télémédecine. Mais dans cette forme-là, ils ne se soumettent pas aux contraintes logistiques, horaires ou juridiques. Il existe d'ailleurs, dans ce contexte, un flou juridique entourant les demandes d'avis et les échanges d'informations concernant les patients qui ne sont pas toujours suffisamment sécurisés.

L'émergence de la télémédecine à proprement parler et de son cadre plus strict qu'un simple appel téléphonique leur fait alors craindre une communication avec le spécialiste plus contraignante et chronophage.

Cette pratique « sauvage » de la télémédecine est longuement décrite dans un travail de thèse de 2017 (57).

En terme éthique :

- Télémédecine et soins palliatifs, dans l’imaginaire collectif, ne peuvent souvent pas être associés. Les soins palliatifs et l’accompagnement de la fin de vie sont souvent considérés comme trop humains pour pouvoir être faits à distance. Cela reste le sujet de nombreux questionnements, comme dans le travail de Mia Jess, en 2019, portant sur la consultation vidéo. Elle met le doigt sur l’importance de réfléchir encore sur « quand » et « comment » la vidéo pourrait remplacer une consultation en présentiel dans le contexte des soins palliatifs (65).

Cette réticence semble s’être accrue pour certains avec le développement parfois un peu excessif de la télémédecine durant la pandémie liée au Covid-19. Cette crise a effectivement engendré une mise en œuvre « rapide et inattendue de la télésanté ». Ce développement exponentiel nécessitera probablement, *a posteriori*, quelques ajustements et retours en arrière afin de mieux cadrer la télémédecine (59).

Malgré tout, après leur avoir donné les explications sur les différentes possibilités de télémédecine à mettre en place, les médecins interrogés se sont montrés plus ouverts à la discussion. En effet, des téléconsultations incluant la présence d’une tierce personne (médecin généraliste lui-même ou infirmier par exemple) semblaient beaucoup mieux acceptées. Ce phénomène est décrit dans plusieurs études : l’acceptabilité progressive d’un projet de télémédecine par le médecin généraliste au fur et à mesure de l’entretien et des explications données (66,67). Il se montre en général réticent à l’énoncé du projet puis évolue dans sa réflexion après en avoir saisi les tenants et les aboutissants.

- La possibilité d'une inégalité d'accès à ce service est également à prendre en compte. Par manque de moyen informatique, d'une connexion internet insuffisante ou d'une incapacité à utiliser l'outil proposé, la télémédecine n'est pas forcément à la portée de tous, au domicile.

La pratique de la télémédecine devrait, quoi qu'il arrive, toujours rester un choix pour le patient. Si le patient préfère se déplacer pour rencontrer le médecin de soins palliatifs ou s'il préfère une hospitalisation à une HAD, cela devrait dans la mesure du possible, lui être accordé.

En terme juridique :

Cette question n'a pas été soulevée au cours de nos entretiens. Les contraintes juridiques en ce qui concerne la responsabilité des différents acteurs, la nécessité d'obtenir un accord écrit de la part du patient ou encore les réglementations concernant le droit à l'image sont pourtant des réalités qui pourraient être contraignantes. Ces notions semblent pour l'instant encore assez floues pour les médecins généralistes (57).

3. Différentes perspectives envisagées

Un des objectifs de notre travail était d'interroger les médecins généralistes du Douaisis sur les différentes possibilités de télémédecines potentiellement réalisables, dans le cadre des soins palliatifs au domicile, et de savoir laquelle leur paraîtrait le plus appropriée.

Rappelons que l'objectif principal initial était de recueillir leur avis sur une seule forme de télémédecine : celle impliquant une téléconsultation entre le médecin spécialiste de soins palliatifs et le médecin généraliste, ce dernier étant au chevet du patient au domicile. Aux vues du déroulé des premiers entretiens, nous avons décidé d'élargir un peu la question.

La téléexpertise :

Cette pratique, assimilée à un appel téléphonique à un spécialiste afin de demander un avis sur un patient, semble la plus facilement acceptée par les médecins généralistes. Beaucoup la pratiquent déjà, souvent en dehors de tout cadre spécifique de la télémédecine à proprement parler. C'est le seul modèle exposé, n'incluant pas le patient.

Elle présente l'avantage d'être plus flexible en termes d'horaires, car elle n'implique pas la présence du patient et peut donc se réaliser sur des horaires de présence au cabinet pour le médecin généraliste, donc pas forcément dans le contexte de la visite au domicile.

Elle permet également un échange direct entre le médecin généraliste et le médecin de soins palliatifs, ce qui peut parfois être plus parlant et plus constructif qu'un compte-rendu délivré après une (télé)consultation.

Toutefois, les praticiens ont peur qu'en l'intégrant au cadre de la télémédecine, cela rende cette pratique plus contraignante et plus chronophage, principalement les praticiens ayant déjà l'habitude de prendre des avis téléphoniques auprès des médecins de l'USP du CH de Douai.

Cependant, comme mentionné ultérieurement, cela permettra de poser un cadre plus légal et réglementaire à cette pratique. Cela donnera également la possibilité de coder cet acte auprès de la Sécurité sociale, permettant une rémunération spécifique.

Dans ce contexte, il ne semble pas y avoir d'intérêt particulier à la présence de la vidéo lors de l'échange entre les deux professionnels de santé.

La téléconsultation entre le patient et le médecin de l'USP :

Ce modèle de télémédecine était le premier à venir à l'esprit des médecins de notre étude, à l'énoncé du sujet de l'étude : « soins palliatifs et télémédecine ». C'est pourquoi ils se montraient, de prime abord, réticents au projet.

La possibilité d'une consultation vidéo incluant uniquement le patient et le médecin spécialiste semble difficilement concevable, dans le contexte de fin de vie. En effet, le maniement de l'outil informatique, la rencontre via la vidéo d'un praticien qu'ils ne connaissent pas ou tout simplement l'altération possible de l'état général engendrent du stress. Ce sont des facteurs qui pourraient rendre la tenue d'une telle téléconsultation très inconfortable pour le patient.

La nécessité d'un matériel informatique adapté au domicile du patient est un point clef à prendre en compte. Il faut que le patient soit équipé d'un ordinateur, téléphone ou tablette porteur d'une caméra ainsi que d'une connexion internet suffisante. Ces paramètres ne sont hélas pas possibles chez tous les patients.

De plus, des études sur le sujet rapportent que l'un des principaux freins à utilisation de la télémédecine par les patients est la crainte de ne pas maîtriser l'outil technologique (63,68).

Ce modèle pourrait toutefois être possible chez des patients encore bien alertes, à l'aise avec l'informatique et demandeurs de ce type de consultation. Cela pourrait par exemple être envisagé dans le cadre d'un suivi en sortie d'hospitalisation ou d'une consultation en soins de confort pour adaptation du traitement antalgique. Des études, évaluant le ressenti des patients après une consultation vidéo montraient qu'ils appréciaient particulièrement son caractère confortable, adaptable à leur mode de vie et même économique. C'est par exemple le cas dans l'étude de Rhéa Powells datant de 2017, recueillant la perception des patients sur les consultations (68).

Malgré tout, la présence d'une tierce personne semble, dans la majorité des situations, bénéfique pour la tenue d'une consultation vidéo impliquant le patient en fin de vie ; cette personne pouvant être par exemple le médecin traitant du patient, un infirmier ou encore un membre de sa famille.

La téléconsultation impliquant le patient, son médecin généraliste et le médecin de soins palliatifs :

Ce modèle est peu décrit dans la littérature. Il implique la présence du médecin généraliste au domicile du patient, simultanément à la disponibilité du médecin hospitalier de soins palliatifs.

La coordination des emplois du temps des deux médecins semble être la plus grosse barrière à la réalisation de ce genre de consultation. C'est en tout cas ce qui était mentionné par chacun des médecins interrogés. Bien que certains concédaient qu'avec un peu de souplesse des deux côtés, cela serait envisageable.

De plus, la question du matériel informatique se pose alors. La consultation se ferait-elle avec le matériel et la connexion internet du patient ou alors avec ceux du médecin généraliste ? Cela sous-entendra alors que le matériel, muni d'une caméra, devra être facilement mobilisable.

Enfin, peu de médecins interrogés voient un intérêt à leur propre présence durant la consultation. Bien qu'elle pourrait être l'occasion d'un échange pluridisciplinaire, les médecins traitants y voient souvent un risque anxiogène de surmédicaliser l'entretien. Leur présence lors de l'échange en plus de celle du médecin spécialiste serait alors, selon eux, délétère en plus d'être superflue.

Un échange téléphonique après la consultation vidéo semble être plus satisfaisant pour l'ensemble des participants.

Ce modèle de téléconsultation avait été exploré par Jelle van Gorp en 2015 dans une étude qualitative portant sur la téléconsultation de soins palliatifs pour le patient à domicile. Le contact entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste

s'est limité, dans 17 cas sur 18, à un « travail en coulisse après téléconsultation ». Une seule fois, le patient et les professionnels de santé étaient simultanément connectés (69).

La téléconsultation incluant le patient, le médecin de l'USP et un infirmier

Ce modèle implique la présence, au domicile du patient, d'un infirmier qui pourra prendre le « *lead* » sur la téléconsultation. Cet infirmier pourra soit dépendre de l'HAD soit être indépendant.

Idéalement, on peut imaginer qu'il ait fait une formation spécifique à la pratique de la télémédecine et surtout qu'il soit équipé du matériel informatique nécessaire. Il aura alors pour mission d'apporter et d'installer son propre matériel avant la consultation et d'accompagner le patient durant celle-ci. Il permettra alors de faire le lien avec le médecin hospitalier et de répondre à certaines de ses questions si le patient en est incapable.

Le patient n'a alors plus à se soucier de tout le protocole entourant la télémédecine et n'a plus qu'à se concentrer que sur l'échange avec le spécialiste.

Cette alternative, adoptée déjà par le COL à Lille en lien avec l'HAD Santélyls semble être celle qui a le plus séduit les médecins interrogés.

Elle apporte en effet l'avantage de mettre en lien le patient directement avec le spécialiste, sans le laisser livré à lui-même face à cette nouvelle forme de pratique de

la médecine. De plus, elle n'implique pas la nécessité de la présence du médecin traitant.

Un travail de thèse réalisé en 2019 est justement consacré à ce dispositif de téléconsultation pour des patients en HAD avec SantélyS et suivis par l'unité de soins palliatifs du COL. Ce travail visait à recueillir l'avis des patients, des médecins généralistes et des médecins spécialistes ayant expérimenté ce dispositif. Le rôle de l'infirmier de l'HAD y est décrit comme « primordial » tant avant la consultation pour installer le matériel, que pendant et après pour répondre aux questions éventuelles du patient (70).

C'est également ce modèle que l'on retrouve avec le dispositif Télépallia, actif dans certains EHPAD du Valenciennois. La personne accompagnant le patient en téléconsultation est souvent l'infirmière coordinatrice de l'établissement. Le médecin traitant était toujours prévenu de la tenue d'une telle consultation, mais n'arrivait jamais à se libérer au créneau demandé.

La place de la famille :

La place de la famille et surtout des aidants principaux est encore une fois à considérer, comme souvent en soins palliatifs.

D'une part, peut-on les solliciter dans le cadre d'une téléconsultation afin d'aider le patient à se sentir à l'aise avec ce nouvel outil ? N'est-ce pas leur rajouter encore une responsabilité ? Peut-on considérer que leur seule présence permet d'exempter

celle d'une autre tierce personne (médecin ou infirmier) ? Ces questions restent à réfléchir et à prendre en considération en fonction du contexte environnemental et familial du patient.

D'autre part, leur présence n'est-elle pas parfois délétère pour la tenue de la consultation ? La présence de leur proche peut parfois freiner le patient dans ses confidences. De la même façon, l'échange entre le médecin spécialiste et le patient, voire le médecin traitant ou l'infirmier qui l'accompagne ne sera pas le même en présence ou non de la famille.

Comme déjà évoquée, une prise en charge de fin de vie au domicile ne peut se faire sans prendre en considération la présence des aidants. Leur place dans ces différents modèles de télémédecine reste à définir en fonction de leur capacité et de leur souhait et surtout de ceux du patient.

CONCLUSION

Face à la nécessité de rendre les soins palliatifs accessibles au plus grand nombre, et pallier le fait que l'équipe mobile de Douai ne se déplace pas au domicile, le service de soins palliatifs souhaite porter un projet novateur grâce à la télémédecine. Pour en définir les modalités et permettre que ce service soit au plus près des besoins des patients, nous avons recueilli l'avis des médecins généralistes du Douaisis par des entretiens individuels.

Au cours de ces entretiens, les médecins rapportent, comme principale difficulté menant à l'hospitalisation, l'entourage et l'environnement du patient. Bien que souvent évoquée, la question des adaptations thérapeutiques ne semble pas être la difficulté principale. Les médecins peuvent, en effet, souvent s'appuyer sur l'HAD, dont la présence semble presque indispensable lors des prises en charge de fin de vie au domicile.

Face à ces difficultés, et au sentiment d'isolement ressenti lors de ces prises en charge, la télémédecine séduit la majorité des médecins généralistes interrogés. Ils y voient l'occasion de renforcer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. Cependant, il persiste une appréhension quant aux contraintes logistiques que l'outil informatique pourrait engendrer.

Lors d'une téléconsultation, l'apport du soutien vidéo permettra au médecin hospitalier d'appréhender plus aisément l'environnement du patient ainsi que son état général et parfois certains symptômes.

Par ailleurs, le « modèle » de téléconsultation semblant le plus approprié est celui associant le médecin de soins palliatif d'une part et le patient à son domicile accompagné d'un IDE libéral d'autre part. Cette configuration permet au patient de participer à la consultation vidéo sans avoir à gérer les contraintes logistiques et informatiques. La présence du médecin généraliste n'est pas indispensable.

D'autre part, la télé-expertise reste possible, directement entre le médecin généraliste et le médecin de soins palliatifs. Lors de cet échange, la vidéo ne semble en revanche pas avoir de réel intérêt.

Toutefois, bien que la télémédecine soit un projet prometteur, elle n'a pas vocation à résoudre toutes les problématiques. De la même façon, elle ne permettra pas d'éviter certaines hospitalisations, en particulier celles rendus nécessaires par l'environnement du patient ou par le besoin d'un répit des aidants.

BIBLIOGRAPHIE

1. [En ligne]. Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP - site internet [cité le 4 mai 2021]. Disponible: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-France>
2. Démarche palliative. 2016;12.
3. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1). 99-477 9 juin 1999.
4. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 4 mars 2002.
5. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1).
6. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 2 février 2016.
7. [En ligne]. Plan soins palliatifs / cancer et soins de support / douleur | SFAP - site internet [cité le 4 mai 2021]. Disponible: <http://www.sfap.org/rubrique/plan-soins-palliatifs-cancer-et-soins-de-support-douleur>
8. Vie publique.fr [En ligne]. Déclaration de M. Philippe Douste-Blazy, ministre des solidarités, de la santé et de la famille, sur la mise à disposition d'une ligne téléphonique permettant de rompre la solitude des personnes âgées et l'accompagnement de la fin de vie et les soins pall [cité le 4 mai 2021]. Disponible: <https://www.vie-publique.fr/discours/147675-declaration-de-m-philippe-douste-blazy-ministre-des-solidarites-de-la>
9. Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf. [En ligne]. [cité le 4 mai 2021].
10. 2018-140r_tome_i_soins_palliatifs.pdf. [En ligne]. [cité le 4 mai 2021].
11. [En ligne]. En quelques chiffres | SFAP - site internet [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <http://www.sfap.org/rubrique/en-quelques-chiffres>
12. [En ligne]. La revue francophone de médecine générale [cité le 4 mai 2021]. Disponible: <https://www.exercer.fr/sommaire/41>
13. Boudy C-A. Soins palliatifs à domicile: quelles ressources pour les médecins généralistes? :100.
14. Sansoucy É. Facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale: vécu des aidants naturels. :191.

15. Dromer C. Les facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale: vécu des médecins généralistes. :97.
16. Duhamel et Mejane - Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile.pdf. [En ligne]. [cité le 4 mai 2021].
17. [En ligne]. Le territoire - Douaisis Agglo [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://www.douaisis-agglo.com/agglo/linstitution/le-territoire>
18. [En ligne]. Soins Palliatifs et Hospitalisation – CLIC du Douaisis [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://clic-douaisis.fr/geronto-guide/les-soins-palliatifs/soins-palliatifs-et-hospitalisation/>
19. reseaux_de_sante.pdf. [En ligne]. [cité le 4 mai 2021].
20. Soins palliatifs. [En ligne]. Plateforme Santé Douaisis [cité le 4 mai 2021].
21. [En ligne]. CLIC du Douaisis [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://clic-douaisis.fr/>
22. COMPRENDRE LES DAC EN 8 MINUTES. [En ligne]. Parcours Santé Coordination 2020 [cité le 4 mai 2021].
23. dossier_sns_2017_synthesev6-10p.pdf. [En ligne]. [cité le 4 mai 2021].
24. ssiad.pdf. [En ligne]. [cité le 5 mai 2021].
25. FPSP_HDF-web.pdf. [En ligne]. [cité le 5 mai 2021].
26. 144000058.pdf. [En ligne]. [cité le 5 mai 2021].
27. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the Time of Coronavirus. J Pain Symptom Manage. 2020;60(1):e12-4. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.019
28. d33fefc8-8574-4bd5-836d-705678ef1fa2.pdf. [En ligne]. [cité le 5 mai 2021].
29. [En ligne]. Omnidoc | Qu'est-ce que la télémédecine ? [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://omnidoc.fr/info/qu-est-ce-que-la-telemedecine/>
30. 0b0584c5-60b0-4bd2-8281-1842da6a2982.pdf. [En ligne]. [cité le 5 mai 2021].
31. [En ligne]. La télémédecine, une pratique en voie de généralisation | Vie publique.fr [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>
32. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1).
33. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 21 juillet 2009.

34. DGOS. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 5 mai 2021. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>
35. DGOS. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 5 mai 2021. 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017 [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2015-2017>
36. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. 5 mai 2021. La télésurveillance : ETAPES [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesurveillance-etapes>
37. Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine. 2018-788 13 septembre 2018.
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. 9 mai 2019. Le point sur la téléconsultation [cité le 5 mai 2021]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/point-teleconsultation>
39. Elisabeth B, Xavier M. L'EXEMPLE DU CAS BRETON. 2018;50.
40. asip_etude_telemedecine_synthese_v0.45.pdf. [En ligne]. [cité le 7 mai 2021].
41. Magnier A. La télémédecine au service du déploiement des soins palliatifs: développement d'un projet pilote au Centre Hospitalier Universitaire de Nice. :71.
42. Odoxa [En ligne]. Panorama sur la télémédecine aujourd'hui et perspectives pour l'avenir [cité le 7 mai 2021]. Disponible: <http://www.odoxa.fr/sondage/panorama-telemedecine-aujourd'hui-perspectives-lavenir/>
43. [En ligne]. Intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs en EHPAD : connaissances et attentes des médecins généralistes, notamment dans le cadre du projet de télémédecine TéléPallia© [cité le 11 janvier 2021]. Disponible: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-9679>
44. Mulot M, Duminy B, Lemaire A. TéléPallia©. Rev Int Soins Palliatifs [En ligne]. 2019 [cité le 6 janvier 2020];Vol. 34(2):53-7. Disponible: <https://www-cairn-info.ezproxy.univ-catholille.fr/revue-infokara-2019-2-page-53.htm>
45. Solutions S. Télémédecine en Soins palliatifs en EHPAD : Une première nationale. [En ligne]. SIH Solutions 2019 [cité le 7 mai 2021].
46. 2020LILUM133.pdf. [En ligne]. [cité le 7 mai 2021].
47. Arrêté du 23 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

48. Gélinas Proulx A, Dionne É, Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. Mes Éval En Éducation. ADMEE-Canada - Université Laval; 2010;33(2):127-31. DOI: 10.7202/1024898ar
49. momox-shop [En ligne]. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer de Lejeune Christophe [cité le 7 mai 2021]. Disponible: <https://www.momox-shop.fr/lejeune-christophe-manuel-d-analyse-qualitative-analyser-sans-compter-ni-classer-taschenbuch-M02801117498.html>
50. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2013;12(2):55-62. DOI: 10.1016/j.medpal.2012.02.006
51. Daydé M-C. Soins palliatifs à domicile : évolutions et perspectives. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2012;11(5):275-82. DOI: 10.1016/j.medpal.2012.09.006
52. Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en soins oncologiques de support. Médecine Palliat. Elsevier Masson; 2017;16(6):302-10. DOI: 10.1016/j.medpal.2017.09.005
53. Jacques E, Grouille D, Galinat D, Delpeyroux C, Viillard M-L, Sardin B, et al. Sedation at home for terminally ill patients. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2014;13(3):115-24. DOI: 10.1016/j.medpal.2013.09.002
54. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2012;11(2):90-7. DOI: 10.1016/j.medpal.2011.11.002
55. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. JAMA Intern Med. 2014;174(7):1095-107. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.1608
56. 9499b992-8072-4474-a39b-c53bf9f06d74.pdf. [En ligne]. [cité le 2 juin 2021].
57. fichier_ac_these_edouard_boniface-achillee33ff.pdf. [En ligne]. [cité le 9 juin 2021].
58. Remande - 2013 - Présentée et soutenue publiquement par.pdf. [En ligne]. [cité le 9 juin 2021].
59. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. BMC Fam Pract. 2020;21(1):269. DOI: 10.1186/s12875-020-01336-1

60. O’Cathail M, Sivanandan MA, Diver C, Patel P, Christian J. The Use of Patient-Facing Teleconsultations in the National Health Service: Scoping Review. *JMIR Med Inform.* 2020;8(3):e15380. DOI: 10.2196/15380
61. Simon P. organisation - La place de la télémédecine dans l’organisation des soins. *Wwwem-Premiumcomdatarevues003808140055075029* [En ligne]. Elsevier Masson; 2010 [cité le 9 juin 2021]; Disponible: <https://www-em-premium-com.ezproxy.univ-catholille.fr/article/277576>
62. [En ligne]. Demandes d’admission en unité de soins palliatifs ... : Résultats [cité le 9 juin 2021]. Disponible: https://resolver-ebSCOhost-com.ezproxy.univ-catholille.fr/openurl?sid=EBSCO%3aedself&genre=article&issn=16366522&ISBN=&volume=9&issue=5&date=20100101&spage=227&pages=227-231&title=Medecine+Palliative+Soins+de+Support+-+Accompagnement+-+Ethique&atitle=Demandes+d%e2%80%99admission+en+unit%c3%a9+de+soins+palliatifs+%3a+%c3%a9valuation+des+d%c3%a9lais&aurlast=Fouchard%2c+Arnaud&id=DOI%3a10.1016%2fj.medpal.2010.05.003&lang=fr&site=ft-live&SToken=A01RVVsyXvhUPFSp__8hqt7_YCdSg_19dhPxrrrGKpWWWTsbvO-xUC341JtQayk-DrJzCaV0bWlvHPbvp_h2GyAMPfQwMumwW1rT-xP3m_0agxVGYOGizpxawG4nuBGlx8aD5mwQlf3wpl11TelIKAHV9hWLOH7VhAyuftXc9lo9Gfz0M66JfC5yzo8Cm79g-4CHNrXqjFVjWHYN61oi1X3J6eYP1GeYgmVXhifBN0KD_es-pfPzDghT8QdLtiwXONcNQ7R_yShXWXuvwhRDbZ6QYqiw
63. Scott Kruse C, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *J Telemed Telecare.* 2018;24(1):4-12. DOI: 10.1177/1357633X16674087
64. Jongh T de, Gurol-Urganci I, Vodopivec-Jamsek V, Car J, Atun R. Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* John Wiley & Sons, Ltd; 2012;(12). DOI: 10.1002/14651858.CD007459.pub2
65. Jess M, Timm H, Dieperink KB. Consultations vidéo en soins palliatifs : une revue systématique intégrative. *Palliat Med.* SAGE Publications Ltd STM; 2019;33(8):942-58. DOI: 10.1177/0269216319854938
66. Didier M. Téléconsultation: l’opinion des médecins généralistes d’un territoire lorrain Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul. :156.
67. Jean-Louis - 2013 - A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE.pdf. [En ligne]. [cité le 14 juin 2021].
68. Powell RE, Henstenburg JM, Cooper G, Hollander JE, Rising KL. Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Ann Fam Med.* 2017;15(3):225-9. DOI: 10.1370/afm.2095

69. van Gorp J, van Selm M, van Leeuwen E, Vissers K, Hasselaar J.
Téléconsultation pour les soins palliatifs intégrés à domicile : une étude qualitative.
Palliat Med. SAGE Publications Ltd STM; 2016;30(3):257-69. DOI:
10.1177/0269216315598068

70. c9f6b7d0-178f-4965-87f8-89c144ff69d2.pdf. [En ligne]. [cité le 16 juin 2021].

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1/ Quel est votre ressenti par rapport à la prise en charge de vos patients en soins palliatifs et / ou en fin de vie, sur leur lieu de vie ? Quel est la différence, dans ces prises en charge, entre les EHPAD et le domicile ?

2/ De quels « outils » vous servez-vous, pour prendre en charge les patients en soins palliatifs au domicile ? Que vous apportent-ils dans votre pratique ?

3/ Si tel a déjà été le cas, pour quelle(s) raison(s) avez-vous hospitalisé des patients à l'USP de Douai ? Comment cela aurait-il pu être évité selon vous ?

Définir le projet que voudrait développer l'USP du CH de Douai

4/ Qu'est-ce que la télémédecine pourrait vous apporter dans votre pratique des soins palliatifs ? En EHPAD et au domicile ? Apport de la téléconsultation par rapport à la télé-expertise ? Intérêt d'intégrer le patient à cet échange ?

5/ Comment intégreriez-vous la pratique de cette télémédecine dans votre quotidien, en termes logistique et horaire ?

Annexe 2 : Territoire du Douaisis





Annexe 3 : grille d'évaluation COREQ

Paragraphes		Critères	Réponse	
Équipe de recherche et de réflexion	Caractéristiques personnelles	1. Enquêteur / animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Hélène Lefebvre
		2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	En cours de validation du 3 ^{ème} cycle des études médicales
		3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
		4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
		5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Master 1 en recherche biologie et santé
	Relation avec les participants	6. Relation antérieur	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
		7. Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Le sujet de la recherche
		8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Interne de médecine générale en cours de recherche dans le cadre de sa thèse
Cadre théorique	9. Orientation méthodologique et théorique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Entretiens semi-dirigés / Analyse thématique	
	Sélection des participants	10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Annuaire en ligne
		11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone
		12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11 participants
		13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	8 personnes par manque de temps

Conception de l'étude	Contexte	14. Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des médecins interrogés OU par téléphone
		15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
		16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Âge – sexe – mode d'exercice
	Recueil des données	17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Non
		18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
		19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio sur dictaphone
		20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	Oui : pendant et à la suite des entretiens
		21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?	14 minutes en moyenne
		22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui

		23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Analyse et résultats	Analyse des données	24. Nombre de personnes codant des données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 personnes
		25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
		26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
		27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo12®
		28. Vérification des participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
	Rédaction	29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
		30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
		31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
		32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 4 : Exemple d'un entretien

HL : Quel est votre ressenti par rapport à la prise en charge de vos patients en soins palliatifs et / ou en fin de vie, sur leur lieu de vie ? Donc domicile ou EHPAD ?

M4 : EHPAD ça ne se passe pas trop trop mal. J'en ai peu personnellement. À domicile on privilégie au maximum, quand l'entourage est disponible. On a quand même toute une batterie de paramédicaux libéraux qui peuvent faire pas mal de choses. Moi je travail en équipe avec des infirmiers et des aides à domicile et auxiliaires de vie. On se rencontre même de temps en temps au lit du patient, à son domicile, pour élaborer des choses. On a des visites de synthèse qui sont prévues pour ça dans la CCAM de la sécurité sociale. Donc ça va, ça ne se passe pas trop mal. C'est sûr qu'il y a des moments où il faut placer les gens et là c'est difficile parce qu'on manque de lit.

HL : De quels « outils » vous servez-vous, pour prendre en charge les patients en soins palliatifs au domicile ? Que vous apportent-ils dans votre pratique ? Par outils j'entends par exemple, l'HAD, les réseaux, la Plateforme du Douaisis.

M4 : Alors la Plateforme du Douaisis, j'ai un peu laissé tomber parce que c'était un peu moribond. L'HAD je ne suis pas très copain avec. C'est un millefeuille administratif, un foutoire sans nom. Bon je pense qu'il y a du gaspillage là-dessus énormément. C'est toujours pareil : ils arrivent avec leurs protocoles et leurs idées bien conçues, bien carrés. C'est fait par des technocrates.

Alors qu'en EHPAD, avec les médecins coordinateurs des EHPAD, les relations sont géniales. Ça se passe très très bien.

HL : Si tel a déjà été le cas, pour quelle(s) raison(s) avez-vous hospitalisé des patients à l'USP de Douai ? Comment cela aurait-il pu être évité selon vous ?

M4 : Alors oui ça m'est déjà arrivé. Est-ce que cela aurait pu être évité ? Non. C'est vraiment des personnes qui sont seules, qui n'ont pas la possibilité d'avoir des aides humaines à domicile : que ce soit la famille, l'entourage ou encore les proches. Des personnes pour qui les auxiliaires de vie ou les paramédicaux ne suffisent plus ; les patients pour qui il faut une surveillance nocturne par exemple. Dans ces cas la oui effectivement j'ai fait appel aux soins palliatifs mais c'est rare. Ça m'est peut-être arrivé 2 ou 3 fois par an, pas plus.

HL : Ce n'est jamais parce que vous êtes face à des symptômes réfractaires pour lesquels vous n'arrivez pas à trouver d'équilibre thérapeutique ?

M4 : Je n'ai pas encore eu ce besoin. On fait un maximum pour garder les gens chez eux jusqu'à la dernière minute. Parce que je considère que c'est chez eux qu'ils sont le mieux pour finir leurs jours. Mais je n'ai jamais eu de soucis avec les soins palliatifs en termes de disponibilité ni en termes de contact. Je suis très satisfait du système installé dans le CH de Dechy. Mais bien sûr on peut encore l'améliorer.

HL : Donc vous ne vous êtes jamais senti dépassé dans les traitements de fin de vie ?

M4 : Honnêtement non.

HL : Donc en fait je travaille avec l'unité de soins palliatifs de Douai qui aimerai bien développer un service de télémédecine. Soit via uniquement des télé-expertises pour donner des avis de façon un peu plus cadré ou alors des téléconsultations avec le patient pour pouvoir évaluer l'état général et l'environnement du patient. Le but étant d'essayer d'éviter certaines hospitalisations et puis d'améliorer les prises en charge au domicile si c'est possible.

M4 : Alors pour moi personnellement, favorablement, bien sûr. C'est toujours difficile de joindre les praticiens hospitaliers, ils ont pleins de choses à faire et nous aussi. Ça ne tombe jamais bien. Ce n'est pas facile donc effectivement si on peut avoir un système de dialogue, de prise en charge simplifiée, oui tout à fait. Il faudrait dans l'idéal que ça soit accessible par smartphone dans la mesure où on est souvent au domicile du patient dans ces cas-là. Les fins de vie se font souvent à la maison ou en EHPAD ou en institution ; rarement il y a consultation au cabinet. Donc sur les smartphones ça serait le top. Donc après il y a plein de systèmes de visioconférence dédiés. Après j'ai aussi l'habitude avec WhatsApp, face time, Google duo aussi. Tout fonctionne bien, il n'y a vraiment pas de soucis. Moi je suis tout oui pour votre projet en tout cas.

HL : Cela existe déjà avec le CH de Valenciennes qui travaille comme ça avec des EHPAD. Et donc nous à Douai, on aimerait aussi faire ça dans les EHPAD et potentiellement aussi chez les patients à leur domicile. On aimerait bien savoir ce que les médecins généralistes en attendraient et comment ils envisageraient les choses en terme un peu pratique.

M4 : Oui tout à fait. Et puis je vais vous dire, pas seulement pour les soins palliatifs. J'ai eu récemment quelques soucis de cancérologie aigue. J'ai eu la chance de joindre facilement, même si c'est rare, le praticien hospitalier. Ça s'est très très bien passé. Ils sont supers à Douai. Mais c'était un coup de chance. Donc je ne compte pas trop là-dessus. Je préférerais avoir quelque chose de dédié.

HL : Qu'est-ce que la télémédecine pourrait vous apporter dans votre pratique des soins palliatifs ? Comment cela changerait-il votre pratique des soins palliatifs ?

M4 : Bah justement c'est peut-être des bons petits conseils, des petites solutions qui permettraient de prolonger encore plus le maintien à domicile. Il y a des choses auxquelles on ne pense pas ; des médicaments qu'on ne peut pas prescrire nous parce qu'ils sont limités par la prescription hospitalière. Souvent on ne peut pas initier le traitement mais on peut le renouveler.

Ensuite peut être aussi sur la mise en place du matériel. On ne pense pas forcément à tout. Bon les lits médicalisés, la chaise percée et tout ça, ça va. Mais en ce qui concerne les stomies ou des choses comme ça qu'on pourrait éventuellement mettre en place. Avec les barèmes aussi on ne sait pas très bien comme par exemple pour l'oxygène au domicile : on sait mais jusqu'où on peut aller parfois en débit-minute, quelle surveillance quand on n'est pas toujours au chevet du patient ? Là c'est des petits conseils qu'on pourrait avoir qui seraient vachement bien parce qu'on gagnerait du temps et de la qualité de soins.

HL : Et est-ce que vous pensez qu'il y aurait un intérêt à faire de la téléconsultation avec un contact vidéo avec le patient ou juste télé expertise ça serai suffisant ?

M4 : Avec le patient je ne pense pas que ça soit indispensable. Surtout qu'en général ils sont dans un état limite « utilisable ». Visuellement moi j'aime bien le contact visuel donc je préférerais que le professionnel de médecine en face de moi soit en visuel.

HL : Mais pas d'intérêt forcément d'avoir un contact avec le patient ?

M4 : Non.

HL : Comment envisageriez-vous la pratique de la télémédecine dans votre quotidien ? Comment l'intégreriez-vous dans votre pratique ? Est-ce qu'avec le téléphone ça serai possible ? Ou imaginez-vous d'autres outils ?

HL : Bon vous à priori c'est déjà bien intégré avec les vidéos, vous êtes déjà bien à l'aise avec votre smartphone.

M4 : Je dirai que je ne ferai pas forcément de plage dédiée. Je ferai à la demande. Après, en fonction des horaires de fonctionnement du service, de la présence des professionnels de santé sur place, je m'arrangerai pour voir mes patients qui en ont besoin, à des heures où je suis sûr de pouvoir les trouver.

Moi si tous les mardis matin de 11h à 12h je suis dispo en Visio pour les problèmes qu'on peut avoir, j'organiserai mes visites à domicile dans ces plages horaires. Ça ce n'est pas très très compliqué, à part urgence absolue. On peut toujours s'arranger. Avec un peu de souplesse de chaque côté, ça ira très bien.

AUTEUR : Nom : LEFEBVRE

Prénom : Hélène

Date de soutenance : 15 septembre 2021

Titre de la thèse : Accueil et attentes des médecins généralistes du Douaisis face au projet de l'Unité de Soins Palliatifs de Douai de développer un service de télémédecine

Thèse - Médecine – Lille - 2021

Cadre de classement : Doctorat en médecine

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : soins palliatifs, télémédecine, fin de vie

Résumé :

Introduction : Ces dernières années ont vu émerger, dans la conscience collective, l'importance d'une prise en soins adaptée aux patients en fin de vie. Et bien que des efforts soient faits en ce sens, on se rend compte que l'acculturation palliative et l'inégalité d'accès à ces soins restent encore bien une réalité. Le service de soins palliatifs de Douai souhaiterait, au travers de la télémédecine, pallier ces inégalités.

L'objectif principal de ce travail est de recueillir l'avis des médecins généralistes du Douaisis quant à ce projet. L'objectif secondaire est d'identifier, parmi les outils déjà à leur disposition, lesquels ils utilisent dans leur pratique quotidienne des soins palliatifs.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative. Nous avons mené 11 entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été retranscrits sur le logiciel Word et analysés sous forme de verbatim avec le logiciel N'Vivo.

Résultats : Les difficultés rencontrées par les médecins dans les prises en charge de fin de vie sont souvent liées à l'environnement et l'entourage du patient. Dans ces prises en charge, ils peuvent s'appuyer sur de nombreux dispositifs à leur disposition, principalement l'HAD.

La majorité des médecins interrogés ont accueilli le projet de télémédecine avec intérêt. Le support vidéo permettrait au médecin hospitalier de mieux appréhender l'environnement ainsi que l'état général du patient. Ils appréhendent toutefois les contraintes logistiques que cela pourrait engendrer.

Discussion : La télémédecine paraît être un bon moyen de renforcer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. Les médecins généralistes interrogés y voient majoritairement un nouvel outil utile à leur pratique quotidienne des soins palliatifs. Le modèle le plus adapté semble être celui incluant le médecin hospitalier d'une part et le patient, accompagné d'un IDE, à son domicile d'autre part.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur FACON

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT, Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX, Madame le Docteur Amélie LANSIAUX

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne VANBESIEEN

