

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'État

par

Frédéric DELÉPINE

Né le 11 janvier 1986 à Cosne Cours sur Loire (58)

TITRE

"Quel est le ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémédecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, gérontopsychiatrie de liaison et dermatologie ?"

Présentée et soutenue publiquement le mardi 11 décembre 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, CHU – Tours

Membres du Jury :

Docteur Joëlle BLEUET, Gériatrie, PH, CHU – Tours

Docteur Thomas DESMIDT, Psychiatrie, CHU – Tours

Professeur Wissam EL-HAGE, Psychiatrie, CHU – Tours

Professeur Bertrand FOUGÈRE, Gériatrie, CHU – Tours

Docteur Jean-Philippe FOUQUET, Sociologie, Faculté de Sociologie – Tours

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PE, Faculté de Médecine – Tours

Directeurs de thèse :

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Bernard BURON, Sociologie, Enseignant Chercheur, Faculté de Sociologie – Tours

Quel est le ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémédecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, gérontopsychiatrie de liaison et dermatologie ?

Résumé

Introduction : L'évaluation scientifique et sociologique Pro.Mé.Té tente depuis 2012 de comprendre comment les professionnels de santé s'approprient la télémédecine, notamment en EHPAD où son arrivée impacte le fonctionnement de l'équipe soignante dans son ensemble.

Matériel et méthode : L'analyse qualitative était la plus appropriée. Nous avons interviewé un échantillon raisonné de professionnels de santé pratiquant la télémédecine dans trois EHPAD d'Indre et Loire, ainsi que trois médecins spécialistes correspondants de ces EHPAD et un membre de l'ARS.

Résultats : Le déploiement est lent. Les problèmes techniques sont limitants, notamment la connexion Wi-Fi. Les médecins traitants participent peu, déléguant au médecin coordonnateur. L'équipe paramédicale est valorisée. Il y a une meilleure formation continue. Il y a un désenclavement en ruralité. La téléconsultation gériatrique est de meilleure qualité. Le téléstaff de gérontopsychiatrie de liaison est de moins bonne qualité. La téléexpertise, notamment en dermatologie, est performante. La perception des résidents semble très favorable. Il n'y a pas de prise en charge des urgences.

Discussion : Une revue de la littérature retrouve des conclusions proches des nôtres. Les modalités de rémunération viennent d'être modifiées, elles impacteront le déploiement de la télémédecine.

Conclusion : La télémédecine en EHPAD est une réalité concrète en Indre et Loire, malgré des débuts modestes.

Mots clés : Télémédecine ; EHPAD ; Ressenti des professionnels de santé.

What is the feeling of health professionals in Indre et Loire on telemedicine in retirement homes, around experiences in geriatrics, geriatric psychiatry of liaison and dermatology ?

Abstract

Introduction : The scientific and sociological evaluation Pro.Mé.Té tries since 2012 to understand how health professionals appropriate the telemedicine, especially in retirement homes where its arrival impacts the functioning of the team health care as a whole.

Material and Method : Qualitative analysis was the most appropriate. We interviewed a reasoned sample of health professionals practicing telemedicine in three retirement homes in Indre et Loire, as well as three corresponding specialist doctors from these retirement homes and a member of the Regional Health Agency.

Results : The deployment is slow. The technical problems are limiting, especially the Wi-Fi connection. The general practitioners do not participate, delegating to the coordinating physician. The paramedical team is valued. There is better continuing education. There is an opening up in rurality. The geriatric teleconsultation is of better quality. The telemeeting of geriatric psychiatry of liaison is of less good quality. The teleexpertise, in particular in dermatology, is efficient. The perception of the residents seems very favorable. At the moment, there is no use for emergencies.

Discussion : A review of the literature finds conclusions close to ours. The compensation has just been changed, it will impact deployment of telemedicine.

Conclusion : Telemedicine in retirement homes is a concrete reality in Indre et Loire, despite modest beginnings.

Keywords : Telemedicine ; Retirement homes ; Feeling of health professionals.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, P dagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l' cole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBELLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Lo c DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr No l HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD –
P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T.
CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L.
GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G.
LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J.
MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A.
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| AUPART Michel | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BALLON Nicolas | Psychiatrie ; addictologie |
| BARILLOT Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Héléne | Biochimie et biologie moléculaire |
| BODY Gilles | Gynécologie et obstétrique |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| BRILHAULT Jean | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck | Urologie |
| BUCHLER Matthias | Néphrologie |
| CALAIS Gilles | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent | Psychiatrie d'adultes |
| CHANDENIER Jacques | Parasitologie, mycologie |
| COLOMBAT Philippe | Hématologie, transfusion |
| CORCIA Philippe | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DE TOFFOL Bertrand | Neurologie |
| DEQUIN Pierre-François..... | Thérapeutique |
| DESOUBEAUX Guillaume..... | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DIOT Patrice | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri | Endocrinologie, diabétologie et nutrition |
| DUMONT Pascal | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| EL HAGE Wissam | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan | Réanimation |
| FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| FAVARD Luc | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FOUQUET Bernard | Médecine physique et de réadaptation |
| FRANCOIS Patrick | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOGA Dominique | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GRUEL Yves | Hématologie, transfusion |
| GUERIF Fabrice | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel | Hématologie, transfusion |
| HAILLOT Olivier | Urologie |
| HALIMI Jean-Michel | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe | Biologie cellulaire |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry | Gastroentérologie, hépatologie |
| LESCANNE Emmanuel | Oto-rhino-laryngologie |

| | |
|-------------------------------|--|
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent | Dermato-vénérologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |
| MARUANI Annabel | Dermatologie-vénérologie |
| MEREGHETTI Laurent | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MORINIERE Sylvain | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis | Rhumatologie |
| ODENT Thierry | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna | Gynécologie-obstétrique |
| PAGES Jean-Christophe | Biochimie et biologie moléculaire |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Dominique | Réanimation médicale, médecine d'urgence |
| PERROTIN Franck | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean | Ophthalmologie |
| PLANTIER Laurent | Physiologie |
| REMERAND Francis | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| RUSCH Emmanuel | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab | Dermatologie-vénérologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et médecine nucléaire |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick | Génétique |
| VAILLANT Loïc | Dermato-vénérologie |
| VELUT Stéphane | Anatomie |
| VOURC'H Patrick | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé | Immunologie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------|-------------------|
| MALLET Donatien | Soins palliatifs |
| POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|-----------------------------------|---|
| BAKHOS David | Physiologie |
| BARBIER Louise..... | Chirurgie digestive |
| BERHOUEZ Julien | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BERTRAND Philippe | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| BRUNAUT Paul | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| CAILLE Agnès | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CLEMENTY Nicolas | Cardiologie |
| DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| DUFOUR Diane | Biophysique et médecine nucléaire |
| FAVRAIS Géraldine | Pédiatrie |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe | Néphrologie |
| GOUILLEUX Valérie..... | Immunologie |
| GUILLON Antoine | Réanimation |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| HOARAU Cyrille | Immunologie |

| | |
|------------------------------|--|
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LE GUELLEC Chantal | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOREL Baptiste | Radiologie pédiatrique |
| PIVER Éric | Biochimie et biologie moléculaire |
| REROLLE Camille | Médecine légale |
| ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET Bénédicte | Néphrologie |
| TERNANT David | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia | Neurosciences |
| BOREL Stéphanie | Orthophonie |
| DIBAO-DINA Clarisse | Médecine Générale |
| MONJAUZE Cécile | Sciences du langage - orthophonie |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|-----------------------|-------------------|
| RUIZ Christophe | Médecine Générale |
| SAMKO Boris | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

| | |
|-------------------------------|---|
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| CHALON Sylvie | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| COURTY Yves | Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100 |
| DE ROCQUIGNY Hugues | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| GILOT Philippe | Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282 |
| GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001 |
| GOMOT Marie | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| KORKMAZ Brice | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| LAUMONNIER Frédéric | Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253 |
| LE PAPE Alain | Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100 |
| MAZURIER Frédéric | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| MEUNIER Jean-Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| PAGET Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| RAOUL William | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| SI TAHAR Mustapha | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| WARDAK Claire | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | |
|------------------------|-----------------------|
| DELORE Claire | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie | Praticien Hospitalier |
| PERRIER Danièle | Orthophoniste |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| LALA Emmanuelle | Praticien Hospitalier |
| MAJZOUB Samuel..... | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ethique Médicale

| | |
|------------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice | Praticien Hospitalier |
|------------------------|-----------------------|

Remerciements

Merci à tous les professionnels de santé qui ont accepté de se prêter aux interviews dans le cadre de ce travail de thèse. Votre accueil systématiquement chaleureux et enthousiaste m'a été infiniment précieux. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible.

Merci à mes deux directeurs de thèse, Professeur Jean ROBERT et Docteur Bernard BURON, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse au sein du projet Pro.Mé.Té et pour m'avoir si bien encadré tout au long du travail.

Merci à vous, Professeur Vincent CAMUS, de me faire l'honneur d'être Président du jury.

Merci à vous, Docteur Joëlle BLEUET, Docteur Thomas DESMIDT, Professeur Wissam EL-HAGE, Professeur Bertrand FOUGERE, Docteur Jean Philippe FOUQUET et Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ de m'honorer de votre présence dans le jury de thèse.

Merci au Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Tours pour la formation que vous m'avez offerte, elle restera gravée en moi pendant toute la suite de ma carrière.

Merci à vous, Dr Patrice DESRUES, pour avoir été mon tuteur pendant ces trois années d'Internat.

Merci à vous, mes maîtres de stages hospitaliers.

Merci à vous, mes maîtres de stages ambulatoires en Médecine Générale, Dr Patrice DESRUES, Dr Pedro De ROA, Dr Virginie LANG, Dr Bernard RIVOAL, Dr Véronique FAUCHIER et Dr Joëlle WINISDORFFER.

Pratiquer la médecine à vos côtés a été un enrichissement inestimable.

Merci à vous, mes cointernes, pour tous ces moments partagés durant ces trois années d'Internat.

Merci à vous, Fanny, Guillaume et mes chers parents, pour votre soutien indéfectible pendant toutes les études de Médecine.

Merci à toute ma famille et à tous mes amis pour votre soutien.

Merci à vous mes défunts grand-parents, j'aurais aimé que vous me voyiez Docteur.

Merci à toi Amandine, pour ton soutien durant toute la durée de ce travail de thèse et pour ta relecture consciencieuse, tu n'imagines pas combien cela a été précieux.

Merci de partager ma vie.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 17 |
| Matériel et méthode | 20 |
| I-Méthode utilisée..... | 20 |
| II-Population étudiée..... | 21 |
| 1-Médecins spécialistes correspondants des EHPAD..... | 21 |
| 2-Professionnels de santé au sein des EHPAD..... | 21 |
| Résultats | 22 |
| I-Détail de l'échantillon..... | 22 |
| II-Freins au déploiement de la télémédecine en EHPAD..... | 24 |
| 1-Un lent déploiement de la télémédecine..... | 24 |
| 2-Des difficultés techniques..... | 24 |
| A-Une évocation systématique du problème technique par les différents professionnels..... | 24 |
| B-Des EHPAD équipés pour la télémédecine mais limités par des problèmes techniques..... | 25 |
| C-Des problèmes de connexion internet..... | 25 |
| ➤ Une majorité des téléconsultations et téléstaffs perturbés par la connexion | |
| ➤ Un réseau internet sans fil manquant de puissance dans les EHPAD | |
| ➤ Des problèmes avec le son | |
| ➤ Des problèmes avec l'image | |
| ➤ Un manque de fluidité des échanges | |
| D-Des difficultés liées à la plateforme COVOTEM..... | 26 |
| ➤ Définition | |
| ➤ Une perception de COVOTEM variable | |
| ➤ Un logiciel souvent trop lent | |
| ➤ Une impossibilité d'y transférer directement les données du logiciel-métier | |
| ➤ Des mises à jour fréquentes | |
| ➤ Des bugs persistants | |
| ➤ Mais un logiciel qui s'est amélioré | |

| | |
|--|----|
| E-Des difficultés liées au chariot de télémédecine..... | 28 |
| ➤ Définition | |
| ➤ Un matériel impressionnant | |
| ➤ Un matériel coûteux | |
| ➤ La nécessité d'un gros débit internet, rendant presque impossible la réalisation de l'acte dans la chambre du résident | |
| ➤ Des problèmes de code | |
| F-Un recours régulier au téléphone en conséquence..... | 30 |
| 3-Des difficultés liées au facteur humain..... | 31 |
| A-Des difficultés naturelles d'adaptation à la technologie..... | 31 |
| ➤ Liées à la nouveauté | |
| ➤ Liées à un refus de l'informatique | |
| ➤ Liées à un malaise initial | |
| ➤ Liées à un manque de pratique | |
| B-Une appréhension de la surcharge de travail..... | 32 |
| ➤ De la part des médecins spécialistes correspondants | |
| ➤ De la part des équipes des EHPAD | |
| C-Des difficultés motivationnelles des responsables d'EHPAD..... | 32 |
| D-Une résistance au changement des habitudes de pensée..... | 32 |
| E-Un opposition entre différents courants de pensée..... | 33 |
| 4-Des besoins en télémédecine souvent ressentis comme peu importants..... | 33 |
| 5-Des difficultés liées à l'environnement organisationnel autour de la télémédecine..... | 33 |
| A-Une absence fréquente de médecin coordonnateur..... | 33 |
| B-Un projet national de télémédecine trop vaste..... | 33 |
| C-Une communication insuffisante sur les possibilités de la télémédecine..... | 34 |
| ➤ Des EHPAD ignorants des possibilités de la télémédecine | |
| ➤ Solutions potentielles face à ce déficit de communication | |
| ➔ Actions de communication du spécialiste vers l'EHPAD | |
| ➔ Actions de communication du médecin coordonnateur vers les médecins généralistes | |
| ➔ Actions des EHPAD vers les familles des résidents | |
| ➔ Actions de l'ARS vers les EHPAD | |
| D-Le problème de la rémunération des actes de télémédecine..... | 35 |
| E-De rares problèmes liés à l'accompagnement par l'ARS..... | 36 |

| | |
|---|----|
| III-Télémédecine et professionnels de santé : effets sur les pratiques professionnelles des équipes d'EHPAD, des médecins généralistes et des médecins spécialistes correspondants..... | 36 |
| 1-Effets sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes traitants..... | 36 |

| | |
|--|----|
| A-Des médecins traitants restant pivots de la prise en charge du résident et donnant systématiquement leur accord avant toute demande de télémédecine..... | 36 |
| B-Des avis rendus aux médecins traitants par courrier "comme avant" la télémédecine..... | 37 |
| C-Des médecins traitants satisfaits des avis de télémédecine rendus..... | 37 |
| D-Des recommandations appliquées différemment ?..... | 37 |
| 2-Effets sur les pratiques professionnelles des médecins coordonnateurs..... | 37 |
| A-Des demandes de télémédecine déléguées aux médecins coordonnateurs..... | 37 |
| ➤ Par les médecins traitants | |
| ➤ Par les personnels paramédicaux | |
| B-Une perte de temps lors de la préparation des dossiers en amont..... | 39 |
| C-Un examen physique mieux réalisé..... | 39 |
| 3-Effets sur les pratiques professionnelles des personnels paramédicaux..... | 40 |
| A-Un accueil parfois réservé..... | 40 |
| B-Une mise en valeur des métiers d'infirmier et d'aide-soignant..... | 40 |
| ➤ Par une meilleure utilisation de leur savoir et de leurs compétences | |
| ➤ Par intégration à un projet "dans le vent" | |
| C-Une perte de temps ?..... | 41 |
| D-Un facteur de recrutement des personnels paramédicaux au sein des EHPAD ?..... | 41 |
| 4-Effets sur les pratiques professionnelles des spécialistes correspondants..... | 42 |
| A-Une préparation des dossiers transformée..... | 42 |
| ➤ Des dossiers transmis à l'avance au spécialiste requis | |
| ➤ Avec possibilité de demander des informations complémentaires | |
| ➤ Et des dossiers globalement beaucoup mieux préparés | |
| B-Un examen physique réalisé en amont..... | 43 |
| C-Une perception qualitative très variable pendant selon la spécialité..... | 43 |
| ➤ En gériatrie | |
| ➔ Téléconsultation | |
| ➔ Conclusion | |
| ➤ En gériopsychiatrie de liaison | |
| ➔ Téléconsultation | |
| ➔ Téléstaff | |
| ➔ Téléexpertise | |
| ➔ Conclusion | |
| ➤ En téléexpertise dermatologique | |
| D-Une porte jamais fermée pour un passage en médecine présentielle si nécessaire... | 50 |
| 5-Effets sur les pratiques professionnelles des équipes au sein des EHPAD..... | 50 |
| A-Une formation continue avec augmentation des compétences des équipes..... | 50 |
| B-Une rupture de l'isolement des équipes..... | 51 |

| | | |
|-----|--|-----------|
| C- | Une meilleure prise en compte de la demande de l'équipe..... | 51 |
| D- | Une nécessité de coordonner les agendas..... | 52 |
| E- | Une sécurisation des échanges entre médecins de l'EHPAD et médecins correspondants..... | 52 |
| F- | Une nouvelle façon de faire les transmissions entre soignants ?..... | 52 |
| G- | Une utilité pour la prise en charge des urgences par l'équipe soignante ?..... | 52 |
| IV- | Télémédecine en EHPAD : effets sur les résidents et leur famille..... | 53 |
| 1- | Une réduction des besoins de transport des résidents..... | 53 |
| 2- | Une amélioration des délais pour obtenir un avis spécialisé..... | 54 |
| 3- | Un vécu de la téléconsultation excellent chez les résidents..... | 54 |
| 4- | Un très bon accueil de la télémédecine par les familles des résidents..... | 55 |
| | Discussion..... | 57 |
| I- | Discussion de la méthode..... | 57 |
| 1- | Les points forts..... | 57 |
| A- | La méthode qualitative..... | 57 |
| B- | Des entretiens au plus près du terrain..... | 57 |
| C- | Un échantillon raisonné..... | 57 |
| D- | Deux EHPAD citadins et un EHPAD rural..... | 57 |
| 2- | Les limites..... | 58 |
| A- | Les résidents et les familles..... | 58 |
| B- | Les médecins généralistes..... | 58 |
| C- | Une étude de terrain, mais qui reste indirecte..... | 58 |
| D- | Une expérience pour l'instant limitée quantitativement..... | 58 |
| II- | Discussion des résultats..... | 59 |
| 1- | Synthèse des résultats de l'étude..... | 59 |
| 2- | Un problème légal : le téléstaff non défini par la loi HPST..... | 60 |
| 3- | Les difficultés du déploiement..... | 60 |
| A- | Un déploiement lent et difficile ?..... | 60 |
| B- | Une technique performante, condition sine qua non..... | 60 |
| C- | Des besoins devant être clairement identifiés pour la pratique de la télémédecine..... | 62 |
| D- | Télémédecine en EHPAD et médecins généralistes, comment expliquer la faible implication ?..... | 63 |
| ➤ | Ce phénomène est retrouvé dans la littérature | |
| ➤ | Est-ce un problème de communication ? | |
| ➤ | Est-ce un problème de rémunération ? | |
| E- | Et qu'en est-il de la rémunération des médecins correspondants sollicités ?..... | 65 |

| | |
|---|--------|
| F-Un besoin majeur de coordination..... | 67 |
| 4-Télémédecine en EHPAD et préparation des dossiers..... | 67 |
| 5-La téléconsultation en EHPAD, une révolution aux multiples facettes..... | 67 |
| A-La nécessité d'une confiance nouvelle..... | 67 |
| B-Un rééquilibrage hiérarchique qui valorise les personnels paramédicaux..... | 69 |
| C-Une téléconsultation qualitativement beaucoup plus performante..... | 70 |
| 6-La téléexpertise, un outil très favorable en EHPAD..... | 71 |
| 7-Le téléstaff, un outil utile mais qualitativement discutable..... | 71 |
| 8-Télémédecine en EHPAD, un nouveau mode de transmission des savoirs et des compétences..... | 72 |
| 9-Télémédecine en EHPAD, un décloisonnement salutaire..... | 74 |
| 10-Télémédecine ou comment mettre fin aux télé-échanges "hors cadre" | 74 |
| 11-Télémédecine en EHPAD, un espoir de rationalisation du recours aux services d'urgences..... | 75 |
| 12-Télémédecine en EHPAD et transports, un bénéfice consensuel..... | 76 |
| 13-La télémédecine en EHPAD bien accueillie par les résidents..... | 77 |
| Conclusion..... | 78 |
| Bibliographie..... | 80 |
| Annexes..... | 84 |
| Annexe 1 : Guide d'entretien..... | 84 |
| Annexe 2 : Copie du mail certifiant la conformité de cette thèse avec la CNIL..... | 87 |
| Annexe 3 : Avis favorable du Comité d'Éthique pour cette thèse..... | 88 |
| Annexe 4 : Exemple de compte-rendu de téléconsultation..... | 89 |

Introduction

La France est confrontée au vieillissement de sa population. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (1), les personnes de plus de 65 ans représentent actuellement 20 % de ses habitants et les personnes de plus de 75 ans 9 %. Ce nombre augmentera de façon continue dans les années à venir : en 2030, les personnes de plus de 65 ans représenteront 23,2 % de ses habitants et les personnes de plus de 75 ans 12 % ; en 2050, les personnes de plus de 65 ans représenteront 26,2 % de ses habitants et les personnes de plus de 75 ans 15,6 %. Cela entraînera une augmentation des besoins en soins médicaux des usagers du système de santé.

Ce phénomène de vieillissement de la population s'associe à des difficultés croissantes d'accès aux soins pour les patients, notamment en milieu rural. Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistique (DREES) (2), le nombre de médecins généralistes de soins premiers, ainsi que de médecins spécialistes libéraux, diminue de façon constante depuis 2010 et continuera à diminuer au moins jusqu'en 2025. Le maillage médical du territoire va donc continuer à se relâcher, multipliant en conséquence le nombre des "déserts médicaux".

Une évolution du système de soins semble donc nécessaire. En 2009, la loi Bachelot HPST "hôpital, patient, santé, territoires" vise à mettre en place une offre de soins de qualité, accessible à tous pour l'ensemble des besoins de santé.

Elle comporte quatre titres : modernisation des établissements publics de santé, amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, prévention et santé publique, et organisation territoriale du système de santé (création des Agences régionales de Santé (ARS), politique régionale de santé, systèmes d'information, etc.). La télémédecine, juridiquement créée par l'article 78 de la loi HPST, modifie le Code de la Santé Publique et un projet national est décliné en plusieurs priorités au niveau de chaque région.

Selon l'article L6316-1 du Code de la Santé Publique (3), la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations et des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

Cinq actes de télémédecine sont reconnus par le Code de la Santé Publique (4) :

1) La téléconsultation qui permet à un médecin de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le médecin au cours de la téléconsultation.

2) La téléexpertise qui permet à un médecin de premier recours de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs médecins en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

3) La télésurveillance médicale qui permet à un médecin d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

4) La téléassistance médicale qui permet à un médecin d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

5) La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale.

L'ARS Centre Val de Loire a donc développé son projet régional de télémédecine. Plusieurs expériences de télémédecine fonctionnent concrètement en dermatologie (téléexpertise sur photographies et télésurveillance de plaies), ophtalmologie (téléinterprétation de rétino-graphies dans le cadre du suivi des complications du diabète), néphrologie (téléstaffs pour la surveillance des transplantés rénaux), cardiologie (téléexpertise avec interprétation d'électrocardiogrammes) et gériatrie (téléconsultations, téléstaffs et téléexpertise en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et téléstaffs entre hôpitaux).

En parallèle de ce déploiement, une évaluation scientifique et sociologique, Pro.Mé.Té, est menée depuis 2012 par plusieurs chercheurs à l'Université de Sociologie de Tours. Ce projet vise à analyser l'impact du déploiement d'équipements de télémédecine, au sein de différents établissements de soins (maisons de santé pluridisciplinaires, EHPAD, unités de consultation et de soins ambulatoires en milieu carcéral), sur les organisations et les pratiques professionnelles des soignants concernés : du médecin généraliste ou spécialiste qui délivre à distance son diagnostic aux soignants "de terrain", en contact direct avec le patient.

A partir d'une approche combinant sciences humaines, plus précisément la sociologie du travail, et sciences médicales, le projet de recherche Pro.Mé.Té tente de comprendre comment les professionnels de santé reçoivent et s'approprient les outils de télémédecine. Il s'agit d'analyser la manière par laquelle ce groupe professionnel, dans sa diversité, compose avec un outil dont il est fait l'hypothèse qu'il redéfinit les contours des métiers, impacte les organisations, les relations et les pratiques professionnelles.

Depuis plus d'un an et dans le cadre de Pro.Mé.Té, de nombreux entretiens avec des professionnels de santé et des personnels de l'ARS impliqués en télémédecine en région Centre Val De Loire ont été réalisés. Ces entretiens nous ont permis d'avoir un état des lieux de la télémédecine dans cette région. Dans ce travail de thèse, nous nous sommes concentrés sur le déploiement de la télémédecine en EHPAD, en Indre et Loire.

Les EHPAD (ex- maisons de retraite) hébergent des personnes âgées très dépendantes. Leur rôle est de compenser les déficiences physiques et psychiques de ces personnes, par le moyen d'une prise en charge multidisciplinaire, assurée par une équipe pluriprofessionnelle : médecins, professions paramédicales et administratives.

L'arrivée de la télémédecine impacte le fonctionnement de cette équipe dans son ensemble, modifiant les pratiques professionnelles de chacun. En tant que médecins généralistes, impliqués dans le suivi de patients résidant en EHPAD, il nous a paru essentiel de comprendre, en lien avec Pro.Mé.Té et à travers ma thèse d'exercice, les apports de la télémédecine, les difficultés rencontrées et les freins à son déploiement, à travers le ressenti des professionnels de santé.

Les entretiens réalisés dans le cadre du projet Pro.Mé.Té nous ont permis d'identifier des initiatives en EHPAD en Indre et Loire autour de la gériatrie, de la gérontopsychiatrie de liaison et de la dermatologie. Nous avons complété ces entretiens pré-existants en rencontrant les différents protagonistes de ces projets.

Sujet de recherche :

Quel est le ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémédecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, gérontopsychiatrie de liaison et dermatologie ?

Matériel et méthode

I-Méthode utilisée

Une méthode par analyse qualitative était la plus appropriée pour répondre à la problématique posée, car nous étions dans une démarche de compréhension.

L'étude qualitative permet de comprendre les perceptions concrètes des acteurs concernés sur le terrain, via des entretiens.

L'entretien semi-dirigé a été choisi ici, car il possède une structure souple constituée de questions ouvertes définissant les champs à explorer.

Le guide d'entretien (Cf. Annexe 1) a été élaboré initialement à partir d'une revue de la littérature et d'entretiens réalisés, préalablement à notre étude, en 2017 dans le cadre de Pro.Mé.Té. Il a été enrichi par des questions visant à éclairer ou préciser les réponses faites par les personnes interrogées, au fur et à mesure des entretiens et en fonction des nouvelles catégories et des nouveaux thèmes abordés.

Les entretiens ont eu lieu en face à face, au sein des EHPAD et dans les lieux d'exercice des spécialistes correspondants. Deux entretiens ont été faits par téléphone. Les personnes interviewées étaient seules ou à plusieurs. Elles étaient enregistrées à l'aide d'un dictaphone.

Ces entretiens ont donné lieu à la réalisation d'un "journal de bord", classant par ordre chronologique d'arrivée : les retranscriptions d'entretiens, les coordonnées des nouvelles personnes à interviewer et les versions enrichies du guide d'entretien.

Après retranscription intégrale des entretiens, les données obtenues ont été analysées selon un codage descriptif (identification de catégories), puis thématique (classement des catégories par thèmes selon un ensemble hiérarchisé). Par exemple, les catégories "problème de son" et "problème d'image" étaient classées sous le thème "problèmes techniques".

Les retranscriptions sont accessibles via le lien internet suivant :

<https://www.dropbox.com/sh/1qvectcfklvfc3/AABwPDBE6N3KUmaTqD4rdZuOa?dl=0>

Le nombre total d'entretiens a été arrêté empiriquement après obtention d'une saturation des données, c'est-à-dire répétition de réponses semblables entre les personnes dans plusieurs catégories.

Toutes les conclusions révélées par l'analyse ont été illustrées par des verbatims, citations directement issues des entretiens réalisés avec les professionnels, afin de rester au plus près de la réalité du terrain. Ces verbatims ont été exposés systématiquement dans cette thèse entre guillemets et en italique dans la partie Résultats. Ils sont rattachés au codage du

professionnel de santé correspondant, par exemple MC2 = Médecin Coordonnateur du deuxième EHPAD investigué.

Les personnes interviewées étaient prévenues qu'elles étaient enregistrées. Elles gardaient un droit de retrait de tout ou partie du contenu des entretiens. Les enregistrements, après retranscription, ont tous été détruits de sorte à préserver l'anonymat de ces personnes. De même, nous avons retiré des retranscriptions d'entretiens tous les éléments qui auraient été susceptibles de lever l'anonymat de ces personnes ou de leur porter préjudice.

La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) a donné son accord pour cette étude (Cf. Annexe 2).

Le Groupe Éthique d'Aide à la Recherche Clinique pour les protocoles non soumis au Comité de Protection des Personnes du CHRU de Tours a émis un avis favorable vis-à-vis de ce projet (Cf. Annexe 3).

II-Population étudiée

1-Médecins spécialistes correspondants des EHPAD

Trois entretiens avec des médecins spécialistes correspondants d'EHPAD en télémédecine ont été réalisés entre mai et septembre 2017 dans le cadre du projet Pro.Mé.Té, au début du déploiement de la télémédecine en EHPAD. Il s'agissait d'un gériatre hospitalier, d'un gérontopsychiatre de liaison hospitalier et d'un dermatologue libéral.

Nous avons rencontré à nouveau le gériatre et le gérontopsychiatre de liaison en avril 2018, pour avoir une idée de l'avancement de la télémédecine en EHPAD.

2-Professionnels de santé au sein des EHPAD

Nous avons choisi les EHPAD d'Indre et Loire concrètement engagés dans des expériences de télémédecine, identifiés après l'interview d'un responsable de la télémédecine de l'ARS Centre Val De Loire en mars 2018 et lecture des entretiens de l'étude Pro.Mé.Té préalablement réalisés en 2017.

Au sein de chacun de ces EHPAD, nous avons interviewé entre mars et juillet 2018 un échantillon raisonné de professionnels de santé : médecins coordonnateurs, infirmiers, aides-soignants, une infirmière cadre, un médecin généraliste et une psychologue.

Nous avons fait en sorte que notre démarche soit la plus représentative possible des situations professionnelles variées.

Résultats

I-Détail de l'échantillon

Trois EHPAD ont accepté de nous recevoir.

Il s'agissait de structures de taille moyenne.

Un EHPAD citadin de l'agglomération de Tours, en Indre et Loire, accueillant une centaine de résidents (EHPAD 1).

Un EHPAD rural d'Indre et Loire, accueillant environ cent-cinquante résidents (EHPAD 2).

Un autre EHPAD citadin de l'agglomération de Tours, accueillant également une centaine de résidents (EHPAD 3).

Au total, quatorze entretiens ont eu lieu (le codage correspondant est affiché **en gras**) :

- Avec trois médecins spécialistes correspondants : un médecin spécialiste gériatre hospitalier (**MSG**), un médecin spécialiste gérontopsychiatre de liaison hospitalier (**MSGPL**) et un médecin spécialiste dermatologue libéral (**MSD**). On note que le médecin spécialiste gériatre (**MSG**) avait aussi fait des téléconsultations en tant que médecin coordonnateur d'EHPAD par le passé et a donc pu partager avec nous à la fois son expérience actuelle de médecin correspondant et à la fois son expérience passée de médecin coordonnateur d'EHPAD.

Définitions :

La gériatrie recouvre le champ des pathologies spécifiques de la personne âgée de plus de 65 ans, somatiques comme psychiatriques.

La gérontopsychiatrie recouvre le champ des pathologies psychiatriques spécifiques de la personne âgée de plus de 65 ans.

La gérontopsychiatrie de liaison d'EHPAD est une gérontopsychiatrie ambulatoire. Le gérontopsychiatre de liaison se rend au sein des EHPAD, de sorte à les prendre en charge dans leur lieu de vie.

- Avec un médecin responsable de la télémédecine à l'ARS Centre Val De Loire (**RTM-ARS**).
- Et avec dix professionnels de santé sur l'ensemble des trois EHPAD (entretiens individuels ou à plusieurs) :

| <i>Type d'entretien pour chaque professionnel (en italique)</i> Code correspondant (en gras) | EHPAD 1 | EHPAD 2 | EHPAD 3 |
|--|--|--|---------------------------------|
| Médecin coordonnateur | <i>Individuel</i> MC1 | <i>Individuel</i> MC2 | <i>Individuel</i> MC3 |
| Médecin généraliste | Pas de personne interviewée | <i>Couplé avec médecin coordonnateur</i> MG2 | Pas de personne interviewée |
| Psychologue | Pas de personne interviewée | <i>Individuel téléphonique</i> PSY2 | Pas de personne interviewée |
| Infirmière cadre | Pas de personne interviewée | <i>Couplé avec médecin coordonnateur</i> IDEC2 | Pas de personne interviewée |
| Infirmier | <i>Individuel</i> IDE1 | <i>Couplé avec médecin coordonnateur</i> IDE2 | Pas de personne interviewée |
| Aide soignant | <i>Individuel téléphonique</i> AS1 | <i>Couplé avec médecin coordonnateur</i> AS2 | Pas de personne interviewée |

Tableau I : Professionnels interviewés en EHPAD, avec le codage correspondant

Définition :

Le médecin coordonnateur d'EHPAD contribue à la qualité de la prise en charge gériatrique des personnes âgées dépendantes en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé (salariés ou libéraux) appelés à intervenir auprès des résidents.

Les entretiens se sont déroulés entre mai 2017 et juillet 2018.
Ils ont duré entre dix minutes et deux heures.

II-Freins au déploiement de la télémédecine en EHPAD

1-Un lent déploiement de la télémédecine

Le déploiement de la télémédecine en EHPAD apparaissait très lent.

MSG : "Ça démarre très très lentement." ; "Donc là en tout, j'ai fait trente-cinq dossiers de télémédecine, clôturés, avec avis rendu, depuis un an, c'est pas énorme du tout, du tout, du tout..."

MG2 : "Il n'y a qu'un téléstaff tous les quatre mois, pour le moment ! C'est pas énorme, c'est bien, mais c'est le début."

Et ce, malgré une offre substantielle et concrète de télémédecine qui était proposée aux EHPAD.

MSGPL : "Nous, on a développé notre offre, clairement, le facteur limitant ce n'est plus la disponibilité humaine, clairement pas, maintenant on s'est organisé de telle sorte qu'on propose la chose, donc ça ne vient plus de nous, clairement, ça vient des EHPAD qui ne sont pas prêts, pour plein de raisons."

RTM-ARS : "Malgré la mobilisation de certaines offres, les demandes restent très limitées."

2-Des difficultés techniques

A-Une évocation systématique du problème technique par les différents professionnels

MSGPL : "La limite principale, clairement, que je vois de très très loin, c'est les aspects techniques... clairement..."

MC1 : "Moi je me bats pour la technique, mais vraiment c'est un énorme obstacle."

B-Des EHPAD équipés pour la télémédecine mais limités par des problèmes techniques

MSG : "Dans un réseau d'EHPAD, ils sont pratiquement tous équipés en chariot, mais ils ont un gros problème technique. Dans cette résidence-là, ils ont un gros problème technique en ce moment, le chariot leur demande un code qu'ils n'ont pas..."

MC1 : "Dans notre réseau d'EHPAD, on a quatre ou cinq EHPAD qui sont équipés du chariot, dans un des EHPAD ça fait trois ou quatre mois qu'on essaie d'avoir un réseau Wi-Fi correct dans cet établissement pour qu'on puisse y travailler [en télémédecine] et on l'a toujours pas."

C-Des problèmes de connexion internet

La qualité de la connexion internet, notamment en Wi-Fi, mais souvent aussi en filaire, était source de grandes difficultés pour la pratique effective de la télémédecine en EHPAD, que ce soit via le chariot de télémédecine ou via de simples ordinateurs de bureau.

➤ Une majorité des téléconsultations et téléstaffs perturbés par la connexion

MSG : "Les actes de télémédecine j'ai dû en faire une trentaine maintenant et y en a dix qui se sont bien passés et vingt où y a eu un bug, soit le son, soit l'image, soit rien du tout !"

MC2 : "Tout à coup, boum, terminé, il ne bouge plus ! Alors déjà qui a un problème de connexion ? On sait pas. C'est lui, c'est nous, on en est où ? Alors on éteint, on rallume..."

AS2 : " On a eu quand-même quelques problèmes de connexion. "

➤ Un réseau internet sans fil manquant de puissance dans les EHPAD

MC1 : "C'est absolument catastrophique. On utilise le petit Wi-Fi [sécurisé] qui est mis à la disposition des résidents. Ça peut marcher avec la 4G du téléphone portable, mais il est hors de question moi que j'utilise un circuit non sécurisé."

MC3 : "Le Wi-Fi est tellement pourri."

Avec des directions d'EHPAD réticentes à faire les travaux nécessaires.

MC1 : "Le fait d'installer un réseau Wi-Fi sécurisé dans tout un établissement où on puisse balader les chariots d'un étage à l'autre et qui soit crypté, c'est 10000 euros. C'est pas énorme, surtout qu'une fois que c'est installé, c'est une fois pour toutes... Je leur ai dit que c'est absolument catastrophique tant qu'il n'y a aucune décision correcte politique cohérente. C'est pas seulement notre réseau d'EHPAD, c'est partout pareil !"

MC2 : "Ça ce serait vraiment des travaux à faire."

➤ Des problèmes avec le son

AS1 : "Il y a eu quelques petites coupures de son."

AS2 : "On a eu quelques problèmes de son."

PSY2 : "Le son est horrible."

➤ Des problèmes avec l'image

MSG : "Lors de la téléconsultation que j'ai faite la dernière fois, je ne les voyais pas, parfois c'est flou."

MC1 : "De temps en temps, ça coupe l'image, on a le son puis plus l'image."

PSY2 : "De temps en temps, ça bugue, l'image se fige et il ne se passe plus rien."

➤ Un manque de fluidité des échanges

La majorité des personnes interviewées rapportaient un manque de fluidité.

MSGPL : "Quand on parle, l'autre ne peut pas parler, on est obligé de formuler son propos, puis de marquer une pause très explicite pour que la personne en face puisse rebondir, il y a un manque de fluidité du discours qui est pénalisant."

MC2 : "On est obligé d'attendre, de répéter pour être sûr qu'on a bien compris."

Certains cependant trouvaient que les échanges étaient fluides.

AS1 : "En général c'était fluide, y avait pas d'écart entre les questions et les réponses. Y avait pas de temps d'attente, quoi."

AS2 : "Quand ça marchait bien [la connexion internet], on avait une belle image, on entendait bien. Y avait une conversation fluide."

D-Des difficultés liées à la plateforme COVOTEM

➤ Définition

La plateforme COVOTEM est l'outil collaboratif informatique dédié à la télémédecine choisi par l'ARS en région Centre Val de Loire, développé par COVALIA initialement (maintenant devenu IDOin Global Services). (5)

Elle est utilisée pour tous les actes de télémédecine définis dans le Code de la Santé Publique et recueille toutes les informations médicales et paramédicales du patient, de façon sécurisée. Elle peut être hébergée sur le chariot de télémédecine, mais également sur tout ordinateur quel qu'il soit.

Le médecin ou professionnel de santé requérant choisit le type d'acte qu'il souhaite effectuer. Dans le cadre de cette thèse, téléexpertise ou téléconsultation. NB : le téléstaff n'étant pas défini dans le Code de la Santé Publique, il était coté par certains professionnels de santé interviewés, comme une téléexpertise et par d'autres, comme une téléconsultation.

Puis, il saisit les données utiles du patient dans la plateforme : question posée au médecin requis, histoire de la maladie, examen physique, résultats d'examens complémentaires, mais aussi photographies, tracés ECG, images radiographiques et toute autre pièce utile à la résolution de la question.

Le médecin requis peut ensuite consulter ces informations via COVOTEM depuis son propre

ordinateur et demander si besoin des informations complémentaires. Puis, s'il s'agit d'une téléexpertise, il répond directement à la question via la plateforme. S'il s'agit d'un téléstaff ou d'une téléconsultation, il se connecte avec une webcam avec la salle correspondante (en la sélectionnant dans COVOTEM) à la date et à l'heure choisie pour l'acte, puis il répond à la question via la plateforme.

L'avis est rendu sous forme d'un compte-rendu médical de structure classique (Cf. Annexe 4).

➤ Une perception de COVOTEM variable

Certains professionnels en étaient très satisfaits.

MSD : "C'est pas compliqué."

MC1 : "C'est très bien quand on sait le manipuler, il est pas compliqué, il est intuitif."

MC3 : "C'est plutôt instinctif !"

D'autres beaucoup moins.

MSGPL : "Je le trouve pas du tout intuitif. Le problème c'est que comme il veut être le plus adapté au plus grand nombre de personnes et comme différentes spécialités médicales ont des attentes différentes, on a plein de choses qui sont pas utiles et on s'y perd."

MSG : "Pour le démarrer c'est compliqué, c'est pas fluide..."

➤ Un logiciel souvent trop lent

MSG : "L'autre jour, j'ai voulu montrer à un confrère cardiologue, ça a mis dix minutes à s'ouvrir, c'est un petit peu longuet quand même."

MSGPL : "Nous, il reste hyper lent."

MC2 : "Il est lent à charger."

Mais semble-t-il beaucoup plus à cause de la qualité du réseau internet qu'à cause du logiciel en lui-même.

MC1 : "Il est lent, car ça dépend du réseau."

RTM-ARS : "On a des problèmes de lenteur, après ça dépend du réseau, de la qualité du réseau." ; "Quand on parle des difficultés techniques liées à COVOTEM, c'est pas lié à COVOTEM en tant qu'outil, mais c'est lié à la qualité du réseau autour."

➤ Une impossibilité d'y transférer directement les données du logiciel-métier

L'impossibilité de transférer directement sur COVOTEM les données des logiciels-métiers, des cabinets de médecine générale comme des EHPAD, était vécue comme une faiblesse de la plateforme.

MSD : "Pour le requérant, je pense que ça pourrait peut-être être plus simple d'avoir une passerelle avec leur système de logiciel de médecin généraliste."

MC1 : *"Officiellement, il n'y a pas de liaison directe. Moi je sais faire : comment partager, comment mettre sur le même écran notre logiciel-métier et COVOTEM, mais bon c'est un bidouillage assez complexe."*

RTM-ARS : *"Aujourd'hui, il n'y a pas d'interfaçage entre COVOTEM et le logiciel-métier, les logiciels de cabinet."*

➤ Des mises à jour fréquentes

Certains professionnels insistaient sur le problèmes des mises à jour intempestives qui transformaient régulièrement le logiciel en profondeur.

MC2 : *"Ils font des mises à jour, ils changent tout et après tu arrives sur ton truc, c'est plus du tout comme avant, c'est pas du tout intuitif et faut se débrouiller et faut savoir s'en servir, c'est un peu dérangerant !"*

MG2 : *"Je le trouve pas trop mal, mais parfois ça change du tout au tout avec les mises à jour."*

➤ Des bugs persistants

MSG : *"Sauf que après, j'ai toujours ce message-là ... ça y est, il est parti." ; "Il y a un message d'erreur qui nous dit : "attention ça ne marche pas", il faut se dire : "si ça marche", quitter et ne pas en tenir compte. Et là, ça va marcher."*

MSGPL : *"J'ai plein de bugs dans tous les sens, vraiment hein, et qui ont pas été résolus par les équipes qui comprennent pas qu'on a ces bugs-là ..."*

➤ Mais un logiciel qui s'est amélioré

Il était cependant rapporté depuis un an de nettes améliorations de la plateforme.

MSG : *"Il était écrit "nous ne pouvons pas ajouter de documents", ça marchait pas à l'époque... mais ça s'est arrangé hein ! Ça c'était il y a un an, depuis les documents sont plus faciles à mettre dessus."*

MG2 : *"C'est quand-même mieux, c'est pas rédhibitoire. Ça l'a été il y a un an, où on cliquait et quand on revenait une heure plus tard, il n'y avait rien, donc on abandonnait, mais franchement maintenant ce n'est plus le problème !"*

E-Des difficultés liées au chariot de télémédecine

➤ Définition

Le chariot de télémédecine (Illustration 1) utilisé en région Centre Val de Loire est un appareil informatique mobile (il possède des roulettes), composé d'une caméra très haute résolution, d'un ordinateur, d'un écran, d'un clavier et d'une souris, sur lequel est installée la plateforme COVOTEM. Il est alimenté électriquement sur le secteur et a vocation à être emmené partout dans l'EHPAD où l'on souhaite réaliser un acte de télémédecine.

Il s'agit d'un matériel très perfectionné, dont le coût était initialement de 30000 euros, mais

qui est maintenant descendu autour de 17000 euros, avec pour les EHPAD la possibilité d'obtenir une partie du financement par le Conseil Régional Centre Val de Loire. (52)

Des connectiques accessoires peuvent y être ajoutées, comme un électrocardiographe, un stéthoscope électronique, un otoscope électronique, etc.

Son utilisation comporte cependant des difficultés.



Illustration I : Chariot de télémédecine utilisé en région Centre Val de Loire

➤ Un matériel impressionnant

MSG : "Le chariot, il fait peur."

RTM-ARS : "La télémédecine, c'était "Houlà, on sait pas ce que c'est !", et puis télémédecine c'était chariot télémédecine et ça on n'en veut pas."

➤ Un matériel coûteux

MSG : "Il y a l'aspect coût du chariot qui est forcément limitant."

Une solution envisagée par un des professionnels était de le proposer aux EHPAD en prêt.

MSG : "Éventuellement le matériel on pourrait le mettre en prêt pour faire au moins une ou deux téléconsultations et puis si ça marche, ah bah là d'accord on continue."

➤ La nécessité d'un gros débit internet, rendant presque impossible la réalisation de l'acte dans la chambre du résident

Pour fonctionner correctement, notamment en ce qui concerne la caméra haute définition, le chariot de télémédecine nécessitait un gros débit internet.

Dans la majorité des EHPAD, le débit du Wi-Fi était insuffisant et interdisait quasi-systématiquement de faire les téléconsultations ou téléexpertises (pour la partie prise de photos) en direct dans les chambres.

MSG : "C'est de la haute définition et c'est même impressionnant, mais la caméra demande un gros échange de données et les réseaux Wi-Fi qu'il y a en maison de retraite sont pas suffisants." ; "Dès que j'arrivais avec le chariot dans les chambres, j'avais plus d'image, donc je ne pouvais pas faire des téléconsultations dans les chambres."

MC2 : "Moi si je branche le chariot dans le couloir et bien je ne pourrai pas prendre une photo, parce qu'il n'y a pas de connectivité."

Cela imposait au patient de se déplacer dans une pièce où le chariot était connecté en filaire.

MSG : "Y en a eu au lit du malade, mais c'est très saccadé, ça marche pas... c'est mieux quand même quand le chariot est connecté en filaire plutôt qu'en Wi-Fi." ; "Du coup c'était pas au lit du malade, on se mettait dans le bureau où on branchait le chariot en filaire et ça marchait bien. Et bon, c'est dommage..."

MC1 : "C'est mieux en filaire, mais voilà en filaire on peut pas déplacer le chariot et donc faut déplacer les patients. Quand les patients viennent ici, c'est bon on a la webcam. Mais le chariot ce serait l'idéal pour aller dans les chambres."

Diverses solutions étaient envisagées pour apporter un meilleur débit au chariot.

Utiliser un câble de rallonge Ethernet :

MSG : "On pourrait imaginer qu'une longue rallonge réglerait le problème."

Utiliser une simple webcam classique en lieu et place du chariot :

MSG : "L'autre jour, la caméra du chariot marchait pas. Et alors du coup, ils ont utilisé une petite webcam de rien du tout et ça a fonctionné..."

MC3 : "Ils ont toujours travaillé avec la webcam."

➤ Des problèmes de code

MSG : "Dans un des EHPAD avec lesquels je travaille, ils ont un gros problème technique en ce moment, le chariot leur demande un code qu'ils n'ont pas..."

MC3 : "Quand je l'allume, il faut un code, je n'ai pas le code !"

F-Un recours régulier au téléphone en conséquence

Les nombreuses anomalies techniques précitées nécessitaient souvent, en plein acte de télémedecine, de se téléphoner pour terminer la téléconsultation ou le téléstaff.

PSY2 : "Ça a fini au téléphone une ou deux fois je crois la dernière fois, c'est pas l'objectif !"

MC3 : "J'avais bien préparé mon dossier et ça a planté, je ne sais pas pourquoi, donc on a terminé par téléphone !"

3-Des difficultés liées au facteur humain

A-Des difficultés naturelles d'adaptation à la technologie

➤ Liées à la nouveauté

*MSG : "Ça bouleverse les pratiques, c'est des nouvelles technologies, on n'y est pas forcément habitué." ; "Je pense que c'est parce qu'on s'en fait une montagne alors que c'est très simple."
RTM-ARS : "Un nouvel outil, que ce soit COVOTEM ou autre, quand on est dans des projets comme ça d'informatique ou d'informatisation, il y a toujours ce frein humain qui est là avec beaucoup d'appréhension."*

➤ Liées à un refus de l'informatique

MC1 : "Vous aurez toujours des personnes réticentes déjà à l'informatique, l'écran." ; "Il y a des médecins généralistes, j'en connais deux ici, il ne sont pas informatisés, ils ont les dossiers papier encore. Ils sont informatisés pour leur comptabilité, pour la carte vitale, mais ils ne sont pas informatisés pour le dossier, ils ne veulent pas par principe, alors imaginez la télémédecine, ce n'est même pas la peine !"

MC3 : "Moi je suis encore de l'ancienne génération, moi j'aime bien le tactile, voir le patient, voir la plaie en direct, ça me parle plus qu'une photo."

➤ Liées à un malaise initial

Il était rapporté l'apparition d'un malaise général chez les professionnels de santé lors de la première séance de télémédecine.

MC2 : "Les dix premières minutes, il y avait une espèce de gêne des soignants qui étaient là autour de la table, qui causaient pas... il y avait un truc un peu bizarre."

IDE2 : "C'est vrai que ça met une petite barrière, au départ c'était un peu impressionnant."

On note que ce malaise se dissipait rapidement.

IDE2 : "Mais après c'était plus fluide, une fois que la parole était prise, ça allait finalement."

➤ Liées à un manque de pratique

MSG : "Les équipes le manient pas souvent, ça reste peu fréquent, peut-être une fois par mois elles vont avoir besoin de se connecter, c'est jamais la même personne car y a un gros turnover dans les équipes, donc la fille qui a été formée, le jour où y a un dossier de télémédecine à monter elle est pas là, elle est en vacances, elle est malade, elle est partie..."

IDE1 : "On n'est pas encore tout à fait au clair sur l'utilisation du matériel, on a eu des formations là-dessus, mais comme toute formation, c'est bien de l'avoir, mais il faut appliquer, sinon ça se perd vite."

B-Une appréhension de la surcharge de travail

➤ De la part des médecins spécialistes correspondants

Dans le contexte actuel de faible démographie médicale et de surcharge de travail pour les médecins, la peur d'être débordé, avec encore plus de travail, apparaissait comme un véritable frein.

MSG : "Il y avait une appréhension c'était "oh, on va être débordés"."

MC2 : "Les gens pensaient qu'ils allaient avoir beaucoup plus de choses à faire."

La réalité du terrain, avec un développement plutôt très lent de la télémédecine, infirmait la pertinence de cette crainte pour le moment.

MSG : "Non, on n'est pas débordé, "on appelle le client", là. Donc on n'est pas débordé du tout!"

MSD : "C'est un à deux par semaine, pas plus."

L'éventuelle augmentation du nombre d'actes de télémédecine à l'avenir était parfois perçue comme pouvant effectivement devenir un frein réel.

MSD : "Je ne peux pas en faire plus parce que vu le taux de rémunération, le temps que ça me prend, si j'en avais dix par semaine, je ne sais pas comment je ferai."

➤ De la part des équipes des EHPAD

Les équipes d'EHPAD étaient généralement submergées de travail. La télémédecine pouvait être perçue comme une chose supplémentaire, risquant d'alourdir la charge de travail.

RTM-ARS : "Il y a vraiment une question d'organisation, c'est créer le dossier, le compléter, échanger avec le médecin coordonnateur, le médecin traitant également, enfin voilà, il y a aussi tout un travail à mener. Et ça une équipe soignante d'EHPAD en difficultés, débordée... ne va pas adhérer par peur d'être submergée."

C-Des difficultés motivationnelles des responsables d'EHPAD

RTM-ARS : "Il y a vraiment une question quelque part de motivation et d'implication, il faut un médecin coordonnateur qui soit motivé."

MC2 : "Faut avoir envie de faire des choses."

D-Une résistance au changement dans les habitudes de pensée

MSG : "Il faut avoir l'idée d'utiliser la télémédecine pour une situation, où depuis des années on utilise un autre système, on utilise le fax, le téléphone, la consultation présenteielle, donc se mettre à cette nouvelle idée c'est pas simple."

E-Une opposition entre différents courants de pensée

MSGPL : "Dans un EHPAD, y avait deux courants opposés sur l'approche de la télémédecine et là finalement c'est en train de se débloquer, ça devrait se mettre en place normalement..."

4-Des besoins en télémédecine souvent ressentis comme peu importants

Les professionnels de santé travaillant en EHPAD interrogés avaient une grande expérience et une grande expertise de leur métier, ils avaient donc déjà des solutions aux problèmes habituellement rencontrés (formations individuelles des professionnels, contacts à proximité, etc.).

Ainsi, la télémédecine apparaissait souvent comme non indispensable et les besoins comme faibles.

MC1 : "Il faut trouver l'indication et puis les demandes ne sont pas non plus très fréquentes. Par exemple, on n'envoie pas de photos à des infirmières spécialisées, car les infirmières d'ici sont très compétentes, elles gèrent."

MC3 : "Pour tout ce qui est plaies, j'en ai pas un besoin immédiat, puisque j'ai un DU plaies et y a plein de choses que je sais faire." ; "Moi, j'ai pas besoin de télémédecine, je prends le téléphone, j'appelle, je demande un avis et je l'ai en direct."

5-Des difficultés liées à l'environnement organisationnel autour de la télémédecine

A-Une absence fréquente de médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur jouait un rôle fondamental dans le développement des pratiques de télémédecine au sein des EHPAD. L'absence de médecin coordonnateur, fréquente dans les EHPAD actuellement, était vue comme très défavorable au développement de la télémédecine.

RTM-ARS : "Il faut un médecin coordonnateur qui soit motivé et tous les EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur."

MC2 : "Il y a je sais pas combien d'EHPAD qui ont pas de médecin coordonnateur, donc déjà c'est réglé, y aura pas de télémédecine."

B-Un projet national de télémédecine trop vaste

MSG : "J crois aussi qu'on a p'tête voulu voir trop vaste. En France, on veut tout faire... y a des pays où c'est simplement du coaching d'équipe par télémédecine, c'est-à-dire c'est simplement des téléformations... d'autres, c'est juste un programme de prévention des chutes avec de la téléexpertise une fois par mois et par chuteur... c'est très basique et ponctuel. Et en France, on dit on va faire de la téléexpertise, de la téléconsultation, des téléstaffs, de la télésurveillance, on va faire tout ! J'crois qu'il faut être un peu plus ciblé si on veut que le projet fonctionne, avec des téléformations par thème précis par exemple."

MC3 : "Je pense que de toute façon il faut quelque chose de bien bien construit, avec un fil

conducteur : une population définie, une problématique définie, un thème particulier, pour que les EHPAD s'y mettent. Par exemple, analyse des chutes, refus de toilette et puis après refus médicaments...."

C-Une communication insuffisante sur les possibilités de la télémédecine

➤ Des EHPAD ignorants des possibilités de la télémédecine

Il apparaissait souvent que les EHPAD étaient peu au courant du recours possible à la télémédecine pour les aider à résoudre leurs situations compliquées.

MSG : "J crois qu'on communique pas assez sur la télémédecine, si on prend un cas concret : on est en difficultés pour la fin de vie de Madame X, on va solliciter l'équipe du CHU avec la télémédecine, déjà : faut y penser..."

MC1 : "Mais encore faut-il savoir que ça existe."

➤ Solutions potentielles face à ce déficit de communication

Pour remédier à cette insuffisance de communication, différents acteurs de la télémédecine avaient entrepris diverses actions de communication.

➔ Actions de communication du spécialiste vers l'EHPAD

Premièrement, téléstaffs thématiques dédiés à l'information et à la formation sur la télémédecine ("téléformations") : une solution pour développer la télémédecine était de proposer régulièrement aux EHPAD des téléstaffs sur un thème précis et d'informer les professionnels de santé présents que pour ce type de situations, il était tout à fait possible de recourir à la télémédecine par la suite.

MSG : "Pour donner le goût et l'idée d'utiliser la télémédecine aux EHPAD, je fais des téléformations à plusieurs EHPAD qui se connectent en même temps avec moi et on va aborder un thème précis [Cette téléformation étant organisée sous forme d'un téléstaff avec un cas concret problématique de résident dans chaque EHPAD]. Alors le prochain thème, c'est le refus de soins... et je leur dis mais pourquoi pas, mettez nous un dossier sur la plateforme COVOTEM la prochaine fois !"

RTM-ARS : "Les EHPAD, une fois qu'ils ont testé par le biais du téléstaff, ils se sont appropriés l'outil, ils peuvent plus facilement aller vers de la téléexpertise, de la téléconsultation. C'est l'une des portes d'entrée dans un usage de télémédecine. Après, on a ces équipes-là généralement par la suite qui nous demandent comment on fait pour de la téléexpertise, etc."

Deuxièmement, transformation en télémédecine d'anciennes habitudes de "pré-télémédecine" qui recouraient aux mails ou SMS : les médecins spécialistes correspondants rapportaient recevoir régulièrement par mail ou SMS des demandes d'avis, qui sortaient de tout cadre légal et sécuritaire. Une solution pour développer la télémédecine était de proposer de transformer ces demandes d'avis non cadrées en demandes de télémédecine en bonne et due forme, sécurisées via COVOTEM.

MSGPL : *"Maintenant, à chaque fois que je reçois un mail qui me demande mon avis sur une situation, j'dis, attendez, ça c'est précisément une situation qui pourrait être traitée en téléstaff, en téléconsultation ou en téléexpertise."*

→ Actions de communication du médecin coordonnateur vers les médecins généralistes

MC1 : *"Demain soir, je rencontre des médecins généralistes lors d'une formation médicale continue pour les informer sur la télémédecine, j'aurai avec moi la chargée départementale d'accompagnement, qui sur le plan technique va pouvoir répondre plus précisément à toutes les questions qu'ils vont poser."*

RTM-ARS : *"Le médecin coordonnateur nous a contactés, il veut faire une présentation télémédecine dans une formation médicale continue, avec d'autres médecins généralistes."*

→ Actions des EHPAD vers les familles des résidents

MSG : *"Il y a des EHPAD en Aquitaine où ils ont une grosse affiche à l'entrée où c'est écrit : "ici on fait de la télémédecine". On devrait faire la même chose je pense, ça entraînerait des familles qui demanderaient au médecin : "mais pourquoi vous faites pas une téléconsultation pour papa ?"."*

→ Actions de l'ARS vers les EHPAD

RTM-ARS : *"Dans la communication, il y a le plan communication qu'on a mis en place en 2017, il y a la rencontre régionale qu'on a faite le 24 janvier... mais aussi les rencontres départementales."*

D-Le problème de la rémunération des actes de télémédecine

La rémunération des actes de télémédecine, généralement considérée comme inadéquate, était ressentie comme un frein majeur au développement de la télémédecine.

Pour les médecins spécialistes correspondants libéraux.

MSD : *"Je considère un peu la téléexpertise comme ma B.A. de la semaine, car je suis pas payé cher. Si c'est mieux rémunéré, ça attirera plus de collègues parce que moi, mes collègues libéraux quand je leur dis, ils ne veulent pas le faire hein."*

MC2 : *"Moi la grande crainte que j'ai, c'est pas de mon côté à moi, c'est du côté des experts libéraux : le financement est absolument... Le forfait, c'est quarante euros par an et par patient... Ça c'est un frein, un vrai frein. Parce que trouver des libéraux qui veulent bien le faire, vous trouverez pas un cardiologue libéral dans toute la région Centre!"*

Mais aussi et surtout pour les médecins généralistes libéraux requérants, pour lesquels la rémunération était inexistante.

MSD : *"Le médecin traitant, il est pas rémunéré."*

MC3 : *"Le médecin traitant, il le fera pas si c'est du bénévolat."*

RTM-ARS : "Il n'y a pas de rémunération pour le médecin généraliste qui fait une demande de télé-médecine."

E-De rares problèmes liés à l'accompagnement par l'ARS

Tout projet de télé-médecine est actuellement accompagné par un infirmier chargé départemental d'accompagnement, qui est rattaché à l'ARS.

RTM-ARS : "Un EHPAD nous dit : "on veut mettre en place la télé-médecine, est-ce que vous pouvez nous accompagner, quelle est la démarche ?" et donc là, l'infirmier du département, il va les contacter et il va les accompagner vraiment dans la réflexion, il va leur présenter déjà ce que c'est que la télé-médecine, COVOTEM, leur faire une démonstration de COVOTEM..."

Les acteurs de la télé-médecine étaient globalement très satisfaits de cet accompagnement pour réaliser leurs projets de télé-médecine.

MSG : "Alors là, si ça ne marche pas avec notre chargée d'accompagnement, ça ne marchera avec personne. C'est vraiment le top du top et donc elle nous a formés, reformés et au fur et à mesure où les équipes se modifiaient, elle est revenue."

MC1 : "La chargée d'accompagnement, elle est très très bien, je travaille beaucoup avec elle pour la formation, ici et pour mes collègues médecins coordonnateurs."

Un professionnel cependant était complètement bloqué dans ses projets, faute d'intervention de son chargé d'accompagnement, malgré plusieurs demandes.

MC3 : "J'ai demandé à la chargée d'accompagnement départementale de télé-médecine de s'occuper du problème de code que je n'ai pas pour débloquent le chariot, puisque c'est quand-même leur outil. Depuis je crois qu'elle m'ignore ou qu'elle a oublié mon numéro quelque part. En tout cas, pas de réponse ! C'est comme ça depuis neuf mois."

III-Télé-médecine et professionnels de santé : effets sur les pratiques professionnelles des équipes d'EHPAD, des médecins généralistes et des médecins spécialistes correspondants

1-Effets sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes traitants

A-Des médecins traitants restant pivots de la prise en charge du résident et donnant systématiquement leur accord avant toute demande de télé-médecine

Aucune demande de télé-médecine ne se faisait sans l'accord préalable du médecin traitant.

MSG : "Il faut que ce soit à la demande du médecin traitant, il faut qu'il soit informé, c'est le médecin traitant qui va ensuite appliquer les prescriptions, c'est pas le médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur il peut pas prescrire, si le médecin traitant est pas

informé, ça sert à rien." ; " Ça s'articule autour du médecin traitant."

MC1 : "Il est toujours prévenu bien entendu, il nous fait confiance, on se met d'accord sur ce qu'il y a à demander." ; "Je le fais toujours en disant : voilà, à la demande du médecin traitant, veuillez envoyer le double du compte-rendu au médecin traitant."

B-Des avis rendus aux médecins traitants par courrier "comme avant" la télémédecine

Le médecin traitant du patient qui avait bénéficié d'un acte de télémédecine recevait un courrier avec les recommandations du spécialiste, comme pour les consultations spécialisées présentes classiques, soit par la poste, soit remis directement par le médecin coordonnateur (Cf. Annexe 4).

On note que le médecin coordonnateur recevait toujours un double de ce compte-rendu, en tant qu'initiateur systématique de la demande de télémédecine.

MC1 : "Ça c'est le courrier qu'elle fait au médecin traitant et un double pour nous du compte-rendu de téléconsultation."

MG2 : "On reçoit des compte-rendus, qui sont comme des consultations normales."

C-Des médecins traitants satisfaits des avis de télémédecine rendus

MC2 : "Il me semble qu'ils sont contents. En tout cas, ils acceptent tout à fait les recommandations thérapeutiques, il n'y a aucun souci."

MG2 : "Ça me convient tout à fait."

D-Des recommandations appliquées différemment ?

MC1 : "Tout autant, ni plus ni moins. Ça dépend du médecin qui reçoit l'information. Si le médecin qui reçoit l'information est persuadé que ce que donne le spécialiste en conseils est valable, il va le suivre, que ce soit en téléconsultation ou en consultation classique."

MG2 : "C'est écrit "consultation en télémédecine du tant", ce sont des prescriptions qui sont applicables, ni mieux, ni moins bien, nous on voit pas de différence, je leur accorde le même intérêt, la même importance et je les utilise de la même manière."

2-Effets sur les pratiques professionnelles des médecins coordonnateurs

A-Des demandes de télémédecine déléguées aux médecins coordonnateurs

➤ Par les médecins traitants

Le médecin traitant demeurait le pivot de la télémédecine en EHPAD, comme il est pivot habituellement dans les soins des patients en EHPAD. Cependant, pour le moment, les demandes de télémédecine se faisaient toujours sous l'impulsion des médecins coordonnateurs d'EHPAD, après suggestion au médecin traitant. Celui-ci approuvait généralement toujours cette demande avec bienveillance, mais ne prenait pas encore le rôle principal qu'il déléguait très volontiers au médecin coordonnateur.

MC1 : "Ça se fait toujours sous l'impulsion d'un médecin coordonnateur, ça ne vient que de nous, les médecins traitants n'ont pas l'initiative, on espère que ça va changer."

MG2 : "Sur l'EHPAD, on sollicite la télémedecine, enfin c'est surtout le médecin coordonnateur qui la sollicite."

Par manque de temps à y consacrer ?

MSD : "Si on est tout seul médecin généraliste dans son coin, déjà débordé, s'il faut rentrer toutes les données dans COVOTEM, c'est long quoi."

MC2 : "Les médecins traitants, ils ont pas le temps. Ils ont déjà du mal à mettre les dossiers à jour ! Si en plus, il faut qu'ils fassent les dossiers de télémedecine..."

Par manque de reconnaissance financière ?

MC1 : "A partir du moment où ce sera reconnu et rétribué de façon correcte, ça améliorera aussi les choses..."

MSD2 : "Le médecin généraliste demandeur, il est pas rémunéré."

Par refus ou crainte de la technique ?

MC1 : "Le caractère du praticien joue un rôle, il y a des praticiens qui ne veulent pas, qui ne sont pas informatisés, ils ne veulent pas par principe, alors imaginez la télémedecine!"

Cela entraînait-il une frustration des médecins coordonnateurs ? La perception était variable.

Certains ne ressentait aucune frustration.

MC1 : "Ben non, j'en ai rien à faire. Et puis c'est des copains, des correspondants."

MC2 : "C'est pas dérangeant, c'est aussi un travail d'équipe."

Un autre était plus frustré.

MC3 : "Je lui ai dit : "je te donnerai la suite alors"... J'ai compris, quoi ! On s'est encore fait avoir, on va encore devoir faire son boulot !"

Les médecins étaient-ils prêts à faire des demandes eux-mêmes via COVOTEM pour les EHPAD ? Le médecin généraliste interviewé, qui pourtant pratiquait la télémedecine dans son cabinet, ne jugeait pas que c'était son rôle en EHPAD.

MG2 : "Non, c'est bien que soit le médecin coordonnateur, pour l'EHPAD. Je pense que c'est bien que ce soit le médecin coordonnateur qui fasse la demande, parce que c'est le médecin qui coordonne." ; "Parce que pour le coup si on fait la demande, c'est pas nous qui irons faire les photos, c'est pas nous qui irons amener le patient devant la caméra pour qu'il y ait le psychiatre en face qui parle. Et c'est bien qu'il y ait quelqu'un qui soit responsable, qui organise la chose..."

➤ Par les personnels paramédicaux

Les personnels soignants n'étaient également jamais à l'initiative des demandes de télémédecine et déléguaient ce rôle au médecin coordonnateur.

MC3 : "Les équipes se disent : "tiens le médecin coordonnateur, il doit faire tout le boulot aussi." Mais c'est pas que le médecin coordonnateur : "vous avez des codes d'accès aussi !" ; "J'aimerais que les infirmières disent : "ben tiens, je vais le faire", parce qu'ils peuvent y aller, ils peuvent faire les dossiers, ils ont des codes d'accès." ; "Pour la dame, je l'ai ressenti clairement. On nous dit : "on sait pas comment faire." J'ai dit : "ben si, vous avez eu une formation il paraît, l'année dernière, moi la formation je l'ai pas eue !" ; "Tout le monde se barre !"

MC2 : "Alors pour l'instant ce que je regrette, c'est qu'ils sont extrêmement passifs par rapport à tout ça, c'est-à-dire qu'en fait, ils sont plus spectateurs qu'acteurs, ils vont mettre dans mon cahier : "faut faire un truc de télémédecine" et ce sont les infirmières là, jamais les aides-soignantes. Ils vont participer au téléstaff, mais ils vont pas gérer tous les à-côtés, ils n'organisent rien autour, ils ne sont pas partie prenante de l'organisation du truc."

IDE2 : "Nous on est un petit peu sous la coupe du médecin, donc si vous voulez c'est pas quelque chose qu'on utilise en autonomie."

B-Une perte de temps lors de la préparation des dossiers en amont

Le médecin coordonnateur assumait la gestion des demandes de télémédecine. La préparation du dossier en amont notamment lui prenait du temps.

MC1 : "C'est chronophage pour le médecin coordonnateur, la préparation en gros c'est minimum une demi-heure, voire même une heure si on veut faire un dossier bien sérieux et pour l'instant tout ça on le fait en plus de notre travail."

MC2 : "Un quart d'heure par dossier. Ce qui est long, c'est la saisie des traitements."

C-Un examen physique mieux réalisé

La télémédecine permettait une amélioration de la réalisation de l'examen physique des résidents par le médecin coordonnateur, qui était "observé" et donc poussé à le faire encore mieux qu'avant.

MSG : "Paradoxalement, avec la télémédecine ça rajoute plus cette dimension de l'examen clinique du résident." ; "Le fait de savoir qu'il va y avoir le regard de quelqu'un d'autre fait que le médecin coordonnateur est un peu plus consciencieux, c'est humain."

MC1 : "Quand on prépare un dossier, on s'arrange pour que l'examen clinique ait été fait en profondeur."

3-Effets sur les pratiques professionnelles des personnels paramédicaux

A-Un accueil parfois réservé

Les psychologues notamment gardaient une certaine réserve vis-à-vis de la télémédecine, mais sans la refuser catégoriquement.

MSGPL : "Les psychologues pensent souvent que si on ouvre la porte à la télémédecine, on va réduire de façon drastique les interactions en face-à-face et de fait, on ne fera plus que de la télémédecine à moyen ou à long terme. Généralement dans les EHPAD, on est soit en relation avec le médecin coordonnateur, soit avec le psychologue et quand c'est le psychologue, ça se développe beaucoup moins que quand c'est le médecin coordonnateur. Une limitante c'est de convaincre les psychologues. Je suis convaincu que si les psychologues sont les cibles de l'ARS pour développer la télémédecine, ça avancera beaucoup beaucoup mieux." ; "Souvent c'est les psychologues qui bloquent."

PSY2 : "Sincèrement, je trouve ça déshumanisant, même si ça peut être riche et aidant, on a tout de même un écran devant nous." ; "Mais je ne suis pas réticente pour la suite, mais dans une certaine mesure quoi, c'est bien qu'une fois sur deux, il se déplace."

De même pour les aides-soignants parfois.

MSG : "Pour l'instant, les aides-soignantes restent très réservées... peut être aussi c'est parce qu'à chaque fois, toutes les téléconsultations que j'ai faites, soit c'était l'infirmière, le médecin ou les deux et y avait une aide-soignante en plus, mais elles ont pas la primeur, elles se mettent dans un coin..."

Cependant, si certaines aides-soignantes étaient réservées, d'autres s'y intéressaient beaucoup et on note que dans certains cas, des aides-soignantes choisissaient volontairement de rester après la fin de leur service pour assister à des téléstaffs.

IDEC2 : "Les aides-soignantes font souvent le choix de rester après leur service, pour pouvoir assister à ce téléstaff, car c'est le genre d'intervention qu'elles aiment bien."

B- Une mise en valeur des métiers d'infirmier et d'aide-soignant

➤ Par une meilleure utilisation de leur savoir et de leurs compétences

Les métiers d'infirmier et d'aide-soignant étaient perçus comme difficiles, notamment le métier d'aide-soignant, perçu comme physique, peu rémunéré et insuffisamment reconnu par la société.

En ajoutant des moments de discussion collégiale autour des résidents, la télémédecine permettait de prendre en compte davantage leur ressenti auprès du spécialiste, en téléconsultation en particulier (mais aussi en téléstaff) et donc de les valoriser.

MSG : "Ça met aussi en valeur le travail d'aide-soignant qu'est plus qu'ingrat et j pense que pour eux c'est important, ça leur redonne une place et même s'il doit y avoir une seule

personne à la téléconsultation, si je peux choisir, c'est l'aide-soignante que je veux... c'est elle qui est vraiment au plus près de la vie du patient... l'infirmière, le médecin coordonnateur, ils vont être beaucoup plus dans la maladie, dans la technique." ; "L'équipe de l'EHPAD se sent reconnue. À très juste titre." ; "Là, ils peuvent communiquer, communiquer directement avec le médecin de l'hôpital." ; "L'information de l'aide-soignante est aussi importante que le scanner ou autre."

AS1 : "On s'investit, on a l'impression de s'investir encore plus, quoi."

IDEC2 : "Le gériatre leur a posé des questions sur le comportement de la personne par rapport au refus de soins etc. Donc effectivement, elles se sentent écoutées."

La psychologue s'estimait également valorisée par la télémédecine.

PSY2 : "Ça permet à l'équipe, moi la première aussi, de se sentir un peu plus investie, prise en compte, écoutée, voilà."

➤ Par intégration à un projet "dans le vent"

Le caractère moderne et innovateur de la télémédecine était très favorablement perçu.

MC2 : "C'est un facteur de gratification pour les aides-soignantes et les infirmières, avec une gratification : "nous, on est à la pointe, on fait des trucs qui avancent, on est dans le Moove !"."

AS2 : "Se sentir intégrée dans le projet oui c'est bien, on est contente en tant qu'aide-soignante."

C-Une perte de temps ?

La télémédecine n'était pas considérée comme une perte de temps par les paramédicaux et s'intégrait plutôt bien dans leur temps de travail habituel.

IDEC2 : "En début d'après-midi, les aides-soignantes ont du temps pour faire des choses autres que du soin technique pur. Donc elles s'organisent pour pouvoir se détacher du service."

AS1 : "C'était dans un horaire qui correspondait aux horaires où on fait les transmissions, donc pour moi ça faisait aussi partie des transmissions."

D-Un facteur de recrutement des personnels paramédicaux au sein des EHPAD ?

A la question de savoir si la télémédecine pouvait être un facteur favorisant le recrutement des personnels paramédicaux dans les EHPAD, les avis étaient très divergents.

Oui, pour certains acteurs.

IDE1 : "Oui, je pense que ça peut faciliter notre travail de prise en charge du patient et c'est la priorité, donc oui. Je préfère aller dans un EHPAD qui va vers l'avant plutôt qu'un qui stagne et qui n'avance pas."

IDE2 : "Oui, c'est une valeur ajoutée, je pense."

Non, pour d'autres, notamment parce que le développement de la télémédecine était trop récent pour le savoir.

MC1 : *"Non, ça c'est trop tôt pour le dire !"*

MC2 : *"Non."*

4-Effets sur les pratiques professionnelles des spécialistes correspondants

A-Une préparation des dossiers transformée

➤ Des dossiers transmis à l'avance au spécialiste requis

Pour les consultations et staffs classiques en présentiel, les dossiers n'étaient pas transmis à l'avance au médecin spécialiste requis, il les découvrait le jour du staff ou de la consultation.

MC2 : *"Je ne préparais pas en amont, il découvrait quand il venait."*

Avec la télémédecine, les dossiers étaient rentrés dans COVOTEM et transmis au spécialiste en amont.

MSG : *"J'ai tout en pièces jointes, j'ai son dossier de liaison, j'ai tout. Par exemple, si le médecin coordonnateur veut solliciter mon avis pour un problème d'agitation depuis quinze jours chez une dame habituellement calme, on sait pas ce qui se passe, en général il connaît très bien son truc, il a déjà écrit à l'avance dans COVOTEM qu'il a éliminé une rétention d'urine, un fécalome, une fièvre, une douleur."*

MC1 : *"Pour que le spécialiste consulté puisse d'abord le travailler, on lui adresse le dossier la veille ou l'avant-veille, ce qui fait qu'au moment de la téléconsultation, tout le monde a bien déjà potassé le dossier, c'est du solide !"*

➤ Avec possibilité de demander des informations complémentaires

MSG : *"Quand je vois la préparation de la téléconsultation avant qu'elle ait lieu, je peux demander : "attention, là il me faut aussi son poids, il me faut aussi son recueil de chutes, d'ici-là vous vous assurez qu'elle n'est pas en rétention d'urine et qu'elle n'a pas de fécalome, vous faites un ECG, tel bilan biologique etc."."*

MSD : *"C'est éventuellement quelque chose qui se fait en deux temps avec des précisions complémentaires que je demande et qui me sont apportées dans un deuxième temps et après je peux donner mon télé-avis."*

➤ Et des dossiers globalement beaucoup mieux préparés

La plateforme COVOTEM, très structurée et précise, permettait une préparation de grande qualité des dossiers, bien meilleure qu'avec les courriers classiques qui accompagnent les patients.

MC3 : *"On peut transférer des infos plus précises, des choses auxquelles on n'aurait pas pensé dans le courrier, c'est vrai, c'est indéniable."*

MSD : "La télédermatologie, on en fait depuis quinze ans, depuis l'avènement des téléphones portables avec des appareils photos, c'était des photos de mauvaise qualité avec des demandes du genre "qu'est ce que tu en penses ?" comme question accompagnant la photo." ; "En consultation de dermatologie classique, neuf fois sur dix, les lettres que je reçois de médecins sont moins informatives que les lettres de téléexpertise sur COVOTEM." ; "La téléexpertise, c'est sur dossier bien, bien, bien préparé sur la plateforme COVOTEM, le dossier de téléexpertise est vraiment très complet."

B-Un examen physique réalisé en amont

Avec la télémédecine, notamment en téléconsultation, le médecin correspondant n'examinait pas le patient lui-même, il devait se fier à l'examen clinique réalisé par ses confrères médecins coordonnateurs ou généralistes en amont, mais aussi par les personnels paramédicaux, nécessitant une réelle confiance et introduisant un partage nouveau de la responsabilité.

MSG : "Je délègue complètement à mes collègues qui sont de l'autre côté. Après, moi j'engage ma responsabilité par rapport à ce qu'ils m'ont dit, leur nom apparaît aussi, mais ça veut dire qu'on se fait confiance." ; "Sa bouche est comment ? Est-ce qu'il y a une mycose, un aphte, une lésion ? Quand il me dit : "nan la bouche elle est nickel", je le crois..." ; "Ça se fait à deux médecins ou avec l'infirmière ou avec l'aide-soignante. Moi si l'aide-soignante me dit : "sa bouche elle est propre", je vais pas dire : "bon alors, c'est une aide-soignante...", elles s'y connaissent en bouche !"

MC1 : "Le spécialiste part du principe que le médecin traitant a bien examiné son patient, que le médecin coordonnateur a bien fait la synthèse de tout ça, que les soignants ont des observations pertinentes selon la grille qu'on leur a donnée. Sauf exception, l'examen clinique il n'est pas à refaire." ; "C'est important de se faire confiance, on ne peut pas faire autrement." ; "Si le médecin consulté dit lors d'une téléconsultation : "voilà, est-ce que tu peux lui palper son ventre et me dire ce que tu sens ?", il n'y a pas de problème, immédiatement on le fait."

Cela permettait un gain de temps, notamment pour le spécialiste correspondant en téléconsultation, par économie du temps de l'examen physique qui était donc déjà réalisé.

MSG : "Y a pas ce temps d'examen, qui a déjà été fait en amont par l'équipe."

MC2 : "Effectivement, si tu n'as pas tout le côté déshabillage, examen clinique, le côté rhabillage, déjà on a gagné une bonne demi-heure."

C-Une perception qualitative très variable cependant selon la spécialité

➤ En gériatrie

➔ Téléconsultation

La téléconsultation était perçue comme révolutionnaire par rapport à la consultation classique présenteielle.

Les consultations présentes classiques de gériatrie, le patient étant seul avec le médecin spécialiste dans son cabinet, étaient perçues comme étant de mauvaise qualité, voire souvent peu utiles, car les personnes âgées dépendantes étaient généralement peu capables de fournir les informations nécessaires.

MSG : "L'autre jour, j'ai revu un monsieur qui était venu dans le service pour bilan de chute. On a trouvé plein de choses, c'était multi-factoriel, on a essayé de tout corriger, le monsieur est retourné dans son EHPAD et ensuite je l'ai revu en consultation présente au bout d'un mois. Alors est-ce que vous êtes tombé ? "je sais pas... oui peut être". Quand ? "je sais pas"... Dans quelles circonstances ? "je sais pas". Bon alors l'équipe m'avait bien donné son dossier de liaison, j'avais son traitement, j'avais les trois derniers jours de transmissions, donc là y avait pas eu de chutes. Mais est-ce qu'il y en avait eu une quatre jours avant ? J'en sais rien. Y avait pas dans le détail s'il avait bien mangé, si y a un problème de dénutrition chez ce monsieur, j'avais pas le poids. Alors j'ai pris mon téléphone, j'ai téléphoné, j'ai pas trouvé la bonne personne, "ben nan mais moi hier j'étais pas là", c'est toujours la même chose..." ; "Franchement les patients qu'on voit en présentiel, c'est "ni fait ni à faire"... la dernière fois, on m'a envoyé une dame pour troubles du comportement, j'ai passé une heure à vainement essayer de l'examiner, savoir si elle avait pas un globe ou quelque chose, mais surtout je voulais essayer de l'empêcher de sauter du brancard. Gentiment, les brancardiers me l'avaient mise au plus haut pour éviter qu'elle ne s'en aille, mais c'était affreux, je savais pas comment le baisser, enfin... mais au secours ! Au bout d'un moment, je l'ai portée, trente-cinq kilos, je l'ai assise puis après elle allait partout... enfin... Et puis en plus, là elle est agitée dans mon cabinet, mais pourquoi ? Parce qu'elle a pas aimé le transport en ambulance ? Parce qu'elle a peur d'être dans un environnement qu'elle connaît pas ? J'en sais rien ! Elle est comment dans son EHPAD ? En plus, c'était impossible d'appeler l'EHPAD. Je ne pouvais pas la lâcher... Donc une consultation qui a été longue et inutile. Longue parce que les ambulanciers ont mis une heure à revenir, sinon elle aurait duré cinq minutes."

MC1 : "Les consultations chez le gériatre c'est bien gentil, mais il n'y a que le gériatre !"

La téléconsultation permettait de voir le résident au sein de son EHPAD, dans son environnement habituel, accompagné de l'équipe qui l'entoure au quotidien : le médecin coordonnateur et les IDE (Infirmier Diplômé d'État), mais aussi et surtout les aides-soignants qui le connaissaient au mieux.

Cela permettait un gain considérable d'informations.

MSG : "Il y a une énorme valeur ajoutée, c'est que là on a vraiment les informations de l'équipe, c'est top, c'est merveilleux !"

AS1 : "Ça permettait de donner des renseignements sur les habitudes de vie du résident, ses goûts, des choses comme ça, quoi."

IDE1 : "On fournit les informations nécessaires pour que le médecin soit orienté."

Le patient pouvait ainsi être appréhendé dans sa réalité complète lors de la consultation.

Premièrement, dans sa réalité environnementale.

MSG : "On peut savoir comment est faite la chambre, comment est le voisin de chambre."

Deuxièmement, dans sa réalité institutionnelle.

MSG : "Parfois, on dit à l'EHPAD de fractionner l'alimentation et puis faire du "finger-food", mais le finger-food dans certains établissements, il n'y en a pas. Fractionner, il y a un règlement intérieur qui fait qu'avec le respect de la chaîne du froid, ce ne sera pas possible."

MC1 : "On peut savoir si elle aime bien les animations."

Troisièmement, dans sa réalité interactionnelle.

MSG : "Parfois, on dit à l'EHPAD de continuer l'orthophonie et les séances de kiné alors que le monsieur il est grabataire, qu'il a pas marché depuis six mois, que l'orthophonie il en veut plus et que ça se passe toujours mal."

MC1 : "On peut savoir si elle est agréable avec ses voisins."

Quatrièmement, dans sa réalité individuelle.

Physique :

AS1 : "Par exemple, elle voulait savoir sa façon de se nourrir."

AS2 : "On peut informer d'un état cutané qui s'améliore pas, malgré plusieurs protocoles."

Cognitive :

MSG : "Quand on lui donne du mixé, il le mange pas, il le balance, parce qu'il a aussi des troubles cognitifs et qu'il comprend pas pourquoi à côté y a un steak frites et que lui il a une purée."

MC1 : "On peut savoir si elle ouvre les portes des chambres, si elle va s'installer dans le lit de la voisine ou du voisin."

Psychique :

MC1 : "On peut savoir si elle fiche le bordel la nuit à 3h du matin."

AS2 : "On peut informer d'un comportement qui change."

Personnelle :

MSG : "J'ai pu savoir qu'elle aimait pas la couleur des chaussures."

Ce gain d'information entraînait un gain de temps de consultation important.

MSG : "La téléconsultation dure généralement quinze minutes, puisqu'on a toutes les infos tout de suite."

A relativiser cependant, car la lecture des dossiers en amont par le gériatre prenait du temps en dehors de la téléconsultation en elle-même.

MC1 : "Alors quand le gériatre étudie le dossier en amont avant la téléconsultation et avec les dossiers que je lui balance, elle a du boulot !"

La téléconsultation entraînait une mise à égalité entre les médecins requis et requérants.

MSG : "On est à égalité, y a plus de différence entre médecin expert et médecin "pas expert", à mon avis il est expert aussi, on est vraiment dans un échange d'informations, de savoirs." ; "Et donc ça au niveau changement des pratiques faut aussi que les médecins spécialistes acceptent cette... cette égalité, c'est un changement de mentalité aussi."

Mais aussi entre médecins et paramédicaux.

MSG : "En télémédecine, on est un peu tous égaux et en particulier nos collègues aides-soignantes ou infirmières ou psychologues d'EHPAD."

La plus-value apportée par la téléconsultation n'avait pas de lien avec la distance de l'EHPAD. Elle apportait autant, que l'EHPAD soit proche ou éloigné.

MSG : "C'est pas une histoire de distance, à la limite ça pourrait être l'EHPAD qui se trouve là dans la rue derrière, y a aucune raison, on ne doit pas se dire que c'est que pour les établissements qui sont loin."

→ Conclusion

Le gain qualitatif de la téléconsultation en gériatrie était perçu comme tel qu'elle pourrait remplacer complètement la consultation présenteielle classique.

MSG : "Je pense que c'est vraiment l'avenir" ; "Ça rajoute une dimension humaine à la médecine" ; "Sur les trente-cinq dossiers à chaque fois y avait une plus-value à faire en télémédecine par rapport à la consultation ici au CHU, avec le patient d'EHPAD qui se déplace à l'hôpital." ; "Cette population-là, elle se prête à la télémédecine, mais alors à 100%."

MC1 : "En consultation simple de gériatrie, on peut faire énormément de choses en téléconsultation, les consultations sur place se justifient nettement moins."

AS1 : "Je pense que oui, ça peut totalement remplacer une consultation."

➤ En gérontopsychiatrie de liaison

→ Téléconsultation

La téléconsultation était perçue de façon moins unanimement favorable qu'en gériatrie.

Elle permettait cependant un gain de temps.

MSGPL : "Une téléconsultation à la limite en une demi-heure ça peut tenir".

Mais il y avait une sensation de ne pas maîtriser la nouvelle forme d'entretien qui en découlait.

MSGPL : "Je pense que c'est des nouvelles façons de faire des entretiens, qu'on ne maîtrise pas, qui sont simplement différentes de ce qu'on fait d'habitude et qui prennent une autre

tournure, dont on n'a pas du tout l'habitude et dont on ne fait pas l'expérience pleine actuellement. Donc, c'est un apprentissage de notre part qui est une nouvelle façon de faire les choses et qui va certainement se développer."

De plus, elle entraînait pour une des personnes interviewées une sensation globale de perte de qualité par rapport à une consultation présentielle classique de gérontopsychiatrie de liaison, au sein de l'EHPAD.

MSGPL : "Les téléconsultations de gérontopsychiatrie de liaison, c'est assez limité. On peut faire une évaluation autour de l'humeur, éventuellement discuter de l'aspect thérapeutique, mais on a finalement assez peu d'éléments sémiologiques, on est assez frustré je crois, on a l'impression d'avoir une conclusion moins robuste qu'en consultation présentielle." ; "On perd beaucoup de choses, c'est sûr, on perd de la substance ..."

Nous pourrions expliquer cette sensation de perte de qualité en téléconsultation gérontopsychiatrique, au contraire de la gériatrie, par le fait que la psychiatrie nécessiterait un contact plus proche qu'en médecine somatique, sans filtre technologique. En effet, l'analyse de la communication verbale et non-verbale du patient, ainsi que de l'interaction médecin-résident est primordiale en psychiatrie.

Elle pouvait aussi s'expliquer par le fait qu'en gérontopsychiatrie de liaison, il n'y avait pas la valeur ajoutée de la présence de l'équipe soignante, puisque celle-ci était déjà présente avant l'arrivée de la télémedecine, vu que les consultations classiques présentielles avaient lieu dans l'EHPAD, au contraire des consultations de gériatrie à l'hôpital.

Cependant, chez une autre personne interviewée, on ne retrouvait pas cette sensation de perte de qualité.

MC2 : "J'ai pas eu cette sensation, moi, j'ai pas eu cette sensation de superficialité."

→ Téléstaff

Le téléstaff, durant lequel le gérontopsychiatre n'était pas sur place, modifiait en profondeur le ressenti par rapport au staff classique où il était au sein même de l'EHPAD.

La télémedecine entraînait une redistribution des rôles.

Avant la télémedecine, le gérontopsychiatre de liaison présent sur place dirigeait les échanges.

MSGPL : "Dans un staff classique en présentiel, je distribue un peu les rôles, j'ai le contrôle de la dynamique interactionnelle, je me déplace autour de la table, avec le médecin coordonnateur, la psychologue, la cadre de santé et les paramédicaux disponibles."

MC2 : "En présentiel, le gérontopsychiatre va donner la parole d'une personne à une autre."

Avec la télémedecine, ce rôle revenait au médecin coordonnateur.

MSGPL : "Avec la télémedecine c'est beaucoup plus difficile, parce que c'est moins fluide et c'est souvent le medecin coordonnateur ou le cadre qui va distribuer les rôles beaucoup plus que moi."

MC2 : "En téléstaff, j'anime la réunion, parce que lui il peut pas dire "vous, là-bas", c'est pas possible à travers l'écran."

Cela entraînait un sentiment de perte de contrôle chez le spécialiste correspondant.

MSGPL : "Ça entraîne une perte de contrôle de la dynamique interactionnelle."

Il y avait une meilleure anticipation des problèmes grâce au téléstaff.

MSGPL : "Dans un des EHPAD avec lesquels je travaille, le lendemain d'un téléstaff le medecin coordonnateur me rappelle et me dit que le patient a décompensé, il a fait une tentative de suicide. C'est intéressant parce qu'on avait pu quand même, grâce à la télémedecine, prévoir un staff suffisamment tôt pour que j'aie déjà entendu parler du patient, donc ça c'est très bien, on a pu mettre les choses en place pour agir, en l'occurrence il a été hospitalisé en psychiatrie."

Une augmentation du nombre d'hospitalisations, mais de façon plus organisée, était constatée avec le téléstaff.

MSGPL : "Ça augmente les hospitalisations dans le sens où ça nous facilite les possibilités de les programmer, mais elles sont mieux structurées."

Le téléstaff permettait un gain de temps important.

MSGPL : "On gagne beaucoup de temps en téléstaff. Là où on passe trois quarts d'heure par résident, on passe un quart d'heure."

PSY2 : "On va un peu plus vite droit au but."

Les professionnels interviewés rapportaient cinq causes à ce gain de temps.

Premièrement, le téléstaff permettait l'économie du déplacement et donc de temps du medecin correspondant au sein de l'EHPAD.

MSGPL : "Avec l'un des EHPAD avec lesquels je travaille, d'habitude, j'finis à dix-huit heures au mieux quand je vais sur place, là, on a fini à seize heures."

Deuxièmement, la meilleure préparation des dossiers, qui sont transmis à l'avance via COVOTEM et qui sont mieux structurés qu'avant la télémedecine.

MSGPL : "C'est un gain d'temps parce qu'avant la télémedecine, on passait effectivement une partie de l'entretien à rechercher l'information. Avec la télémedecine, on a un nombre plus important d'informations en un temps plus court."

Troisièmement, le manque de fluidité.

MSGPL : "La dynamique est moins importante à cause du manque de fluidité, on va limiter nos échanges à l'essentiel."

Quatrièmement, la diminution des interruptions.

MC2 : "Il n'y a pas les passages. Par exemple, quand le gérontopsychiatre vient, il est à l'infirmerie avec nous. Il y a une grande table à l'infirmerie, il y a des gens qui appellent, il y a des gens qui viennent..."

Cinquièmement, la diminution des échanges interpersonnels non essentiels, mais qui entraînait là une claire frustration dans la dynamique institutionnelle d'équipe.

MSGPL : "Y'a p't'être moins d' dispersion. Après, c'est dans la dispersion qu'émergent aussi les choses un peu inattendues."

MC2 : "Pour les téléstaffs, il y a peut-être moins de digressions ! On est plus concentré sur le dossier, on prend pas un café, tout ça..."

PSY2 : "C'est plus impersonnel, donc forcément, ça incite moins à avoir des échanges extra-sujet, on va dire."

La perception globale était celle d'une superficialité du téléstaff par rapport au staff classique en présentiel au sein de l'EHPAD.

MSGPL : "Comme on limite nos échanges à l'essentiel, on a l'impression d'avoir à peu près saisi la problématique, mais on aboutit à une évaluation qui est finalement très superficielle."

PSY2 : "Ça diminue un petit peu tout ce qui est intrusion plus personnelle, mais en même temps c'est ce qui fait aussi qu'on est à l'aise et qu'on peut échanger peut-être plus ouvertement avec l'intervenant. Peut-être que ça nous enlève un peu ça et que du coup, on reste très factuel et parfois en restant très factuel, peut-être qu'on va pas au fond des choses."

→ Téléexpertise

La perception de la téléexpertise était cependant beaucoup plus favorable.

MSGPL : "La téléexpertise est un bon principe, ça permet d'avoir des choses beaucoup plus robustes que les échanges par mail qu'on a beaucoup" ; " La téléexpertise ça fonctionne pas si mal que ça."

→ Conclusion

En gérontopsychiatrie de liaison, la télémedecine n'était clairement pas vue comme pouvant remplacer la médecine classique présentielle pour le moment, que ce soit pour les staffs ou les consultations.

MC2 : "Moi je préfère toujours le téléstaff en présentiel, c'est une bonne alternative, mais pour moi, ça ne remplacera pas." ; "La téléconsultation, faut pas que ça ne devienne que cet

avenir-là, je suis pas d'accord."

MG2 : "Ça répond à un besoin, mais faut pas que ça remplace. En remplacement, ça marchera pas."

Elle était vue comme complémentaire.

MSGPL : "La télémédecine est un complément de la liaison classique."

MC1 : "En gérontopsychiatrie, je suis formel, ça viendra toujours en complément."

Les problèmes techniques semblaient particulièrement limitants, car réduisant la qualité de l'interaction médecin-professionnel de santé et médecin-patient, pourtant essentielle en psychiatrie. La résolution des problèmes techniques, notamment de fluidité interactionnelle, serait très certainement à même de favoriser le développement de la télémédecine en gérontopsychiatrie.

➤ En téléexpertise dermatologique

La téléexpertise de dermatologie était vécue comme performante.

MSD : "Ça permet dans la majorité des cas d'avoir un diagnostic et une conduite à tenir thérapeutique."

Mais elle était vécue comme chronophage, avec une perte de temps et un surcroît de travail.

MSD : "C'est du temps que je rajoute en plus le week-end ou le soir."

D-Une porte jamais fermée pour un passage en médecine présentielle si nécessaire

Les différentes personnes interviewées rapportaient toutes que si la télémédecine ne suffisait pas, il était toujours possible de basculer en médecine présentielle classique.

MSD : "Si je suis dans une errance de diagnostic parce que la photo me permet pas de trancher, je dis : "il faut que je vois le patient, il faudra faire une consultation avec une biopsie"."

MC2 : "La téléexpertise c'est bien, parce qu'il y a un butoir, on peut se dire : "là non, ce n'est plus possible en télémédecine, il va falloir faire une consultation présentielle"."

5-Effets sur les pratiques professionnelles des équipes au sein des EHPAD

A-Une formation continue avec augmentation des compétences des équipes

La télémédecine était perçue comme un facteur important de formation continue et d'amélioration des compétences des professionnels de santé.

En téléconsultation.

AS1 : "On apprend plein de choses, ben oui, ça rentre dans la formation..."

IDE1 : "La téléconsultation a enrichi ma formation et ça m'aide à être plus au goût du jour, plus à niveau par rapport aux étudiants actuels qui eux sont déjà formés, c'est un point fort, faut quand même le mettre en avant."

En téléstaff.

PSY2 : "Le téléstaff sur le refus de soins, c'était super, ça a enrichi ma pratique. Et même, comme toute l'équipe n'a pas pu y assister, ça m'a donné envie de retransmettre sous forme d'information flash aux équipes." ; "Ça m'a apporté plus de billes, donc forcément un accompagnement qui a évolué, un regard qui a été un peu plus éclairé."

IDEC2 : "Les IDE et aides-soignantes sont ressorties enchantées du téléstaff et avec la sensation d'avoir appris. Et sur la personne, maintenant elles ont une autre approche du refus de soins."

En téléexpertise.

MSD : "Comme c'est une réponse par internet, je fais toujours très attention, je donne les arguments diagnostic, donc après il [le professionnel de santé requérant] peut aller dans son bouquin de référence, sur des sites de référence si ça l'intéresse, il va éventuellement compléter ce que je lui dis par une recherche personnelle. Je lui donne des pistes."

B-Une rupture de l'isolement des équipes

La rupture d'isolement était principalement évoquée dans l'EHPAD rural.

AS2 : "On peut être à plusieurs EHPAD et parler ensemble, donc je pense que ça réduit notre isolement oui."

PSY2 : "Ça nous permet aussi de sortir un petit peu de notre bulle en fait, parce qu'en plus, nous on est à la campagne, donc on est assez éloigné du CHU, on se sent un peu plus pris en compte par l'extérieur."

Elle était moins ressentie en ville.

MC3 : "On a le CHU à côté, donc... y a juste la rue à traverser."

C-Une meilleure prise en compte de la demande de l'équipe

En consultation présentielle classique, la demande de l'équipe via le courrier du médecin traitant était souvent peu entendue. La télémedecine, grâce à COVOTEM, imposait que la demande de l'équipe soit réellement prise en compte, car on peut difficilement ne pas lire les informations transmises pour rendre un avis via cette plateforme.

MSG : "Les cinq ans que j'ai passés, qu'est ce qu'on pouvait être frustré quand on envoyait quelqu'un en consultation spécialisée et qui revenait avec juste une ordonnance qui n'avait

rien à voir avec l'enjeu, avec l'enveloppe encore cachetée parfois, même pas lue."

D-Une nécessité de coordonner les agendas

MSG : "Il faut coordonner les agendas. Après nous en téléconsultation enfin c'est pas plus compliqué qu'une consultation normale. Je sais qu'à 14H30 par exemple, j'ai une consultation en présentiel, à 15h j'ai une téléconsultation, plutôt que de faire entrer la personne, je me connecte, je rentre dans la salle sur COVOTEM."

MSGPL : "Y a aucun souci puisque de toute façon ça fait dix ans qu'on le fait [avec les staffs présents classiques], qu'on a un système extrêmement rigide en termes de ponctualité... c'est simplement quelque chose [la télémédecine] qui se surajoute à notre fonctionnement habituel. Comme les psychologues et les médecins coordonnateurs ont intégré notre fonctionnement [en termes de ponctualité], y a aucun souci avec la télémédecine."

E-Une sécurisation des échanges entre médecins de l'EHPAD et médecins correspondants

Le caractère sécurisé des échanges de données via COVOTEM était perçu très favorablement.

MSD : "Les médecins envoyaient des photos, c'était pas sécurisé." ; "La téléexpertise c'est plus sérieux, plus cadré, je suis couvert parce qu'il y a un cadre légal, ça répond à un vrai besoin de sécurité."

MC2 : "C'était pas confortable avant, on pouvait envoyer aux membres de notre carnet d'adresses une photo par mail ou en texto. En termes de confidentialité, c'est tout à fait discutable. En termes de sécurité informatique, c'est très très discutable aussi. Mais finalement, la télémédecine en téléexpertise, c'est un mail sécurisé officiel."

F-Une nouvelle façon de faire les transmissions entre soignants ?

Entre les paramédicaux ?

MC1 : "Non, on exige toujours que les transmissions soient faites de façon rigoureuse, télémédecine ou pas télémédecine."

Entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant ?

MC1 : "Non, c'est comme une consultation classique, on scanne le compte-rendu de télémédecine dans le dossier et puis le médecin coordonnateur ou le médecin traitant mettent un petit mot : "voilà, suite à la téléconsultation du tant, nous allons modifier tel traitement, telle chose ..."."

G-Une utilité pour la prise en charge des urgences par l'équipe soignante ?

La télémédecine ne permettait pas pour l'instant de réduire le nombre de transferts de résidents vers les services d'accueil des urgences.

MC1 : "On n'a pas encore de téléconsultations d'urgence, car la plupart du temps, il faut de

l'imagerie, il faut des analyses faites en urgence, donc là pour l'instant c'est un peu délicat, les actes en urgence, non. Moi je crois que ce n'est pas une très bonne indication pour l'instant. Un passage aux urgences, c'est beaucoup plus simple pour l'instant."

MC2 : "Non, c'est pas un outil d'urgence, la télémedecine, on est dans du programmé, car ça n'existe pas la visioconsultation en urgence." ; "Si on fait un dossier de téléexpertise, ça veut dire qu'on a quarante-huit heures devant nous, donc on n'est pas dans un contexte d'urgence."

Mais la porte n'était pas fermée et certains professionnels estimaient que la télémedecine pourrait avoir un rôle à l'avenir dans la gestion des urgences par l'équipe soignante.

MC2 : "Ça pourrait être utile, si par exemple on pouvait être en lien avec l'USIC [Unité de Soins Intensifs Cardiologiques] et leur envoyer l'électrocardiogramme."

IDE2 : "A mon avis par rapport à l'isolement du soignant, il serait moins isolé s'il y avait une télémedecine d'urgence."

IV-Télémedecine en EHPAD : effets sur les résidents et leur famille

1-Une réduction des besoins de transport des résidents

La réduction des transports des résidents permise par la télémedecine était considérée par tous les professionnels comme un bénéfice.

IDE1 : "Ça évite des transports, c'est très compliqué mine de rien de déplacer une personne âgée de son milieu de vie. Pour moi la téléconsultation, c'est une assurance en plus d'une bonne prise en soins."

AS1 : "Ça a évité qu'on déplace le résident, qu'on l'emmène au CHU et qu'il soit perturbé."

Cela réduisait les coûts pour la société.

MSG : "Il y a un intérêt pour l'assurance maladie qui a financé un transport."

MSD : "Ça fait économiser le transport, pour le patient et pour la société."

Cela évitait l'angoisse d'un déplacement chez ces personnes vulnérables, très sensibles aux changements.

MC1 : "Ce sont des patients âgés dont les déplacements sont pénibles, certains ne se déplacent qu'en ambulance. La téléconsultation sur leur lieu de vie permet donc une économie de fatigue, de stress, d'attente dans les couloirs."

MC3 : "Il y a eu un impact positif pour elle [une résidente] : c'est qu'elle n'a pas eu à se déplacer, car la consultation physique était quand-même une grande source d'angoisse pour elle."

Cela améliorait leur confort.

MSG : "Ça évite les manipulations, le transfert sur les brancards qui sont pas confortables."

MG2 : "C'est un confort pour les patients, les dermatos c'est minimum dix-sept kilomètres, en général c'est plutôt Tours, donc quarante-cinq kilomètres ! Alors quand on a 90 ans, pour une plaie, c'est dommage. Ça peut les déstabiliser..."

Cela permettait de respecter le choix de certains résidents, fréquent et légitime, de ne pas se déplacer en consultation présenteielle, que ce soit par refus du déplacement ou par impossibilité de financer le transport. Des consultations qui n'auraient pas eu lieu pour ces raisons ont ainsi pu être réalisées.

MSG : "On a pu avoir l'avis du spécialiste tout en respectant son choix de ne pas se déplacer."

MC2 : "Je pense qu'il y a des gens qui n'iraient pas à cette consultation, s'il n'y avait pas la télémedecine, par précarité !"

2- Une amélioration des délais pour obtenir un avis spécialisé

En gériatrie.

IDE1 : "Ça évite la prise de rendez-vous qui parfois peut être longue."

AS1 : "Ça permet d'accélérer certains soins, quoi."

En gérontopsychiatrie de liaison.

MSGPL : "Pour les téléstaffs, on peut venir rendre visite aux EHPAD régulièrement, mais quand je dis régulièrement c'est tous les trois mois. Alors que là avec la télémedecine, pour les situations disons semi-urgentes nécessitant une réponse de l'ordre de la semaine, on peut se rendre disponible grâce à la télémedecine."

MC2 : "Il vient en staff présentiel tous les quatre mois, je trouvais ça intéressant qu'on fasse un téléstaff intermédiaire."

En dermatologie notamment, l'amélioration des délais était perçue comme considérable.

MC2 : "Les délais de réponse pour un avis dermatologique, ça n'a rien à voir : consultation dermato c'est trois à quatre mois de délai, une téléexpertise, c'est quarante-huit heures et quand le médecin-expert répond en téléexpertise : "ben là, il faut faire une biopsie" par exemple, il va convoquer le malade et on va sortir du circuit d'attente de quatre à six mois."

MSD : "Ça permet d'accélérer la visite."

3- Un vécu de la téléconsultation excellent chez les résidents

Il n'y avait presque pas de refus de la part des résidents.

MC1 : "On n'a jamais eu le moindre refus, que ce soit des patients cohérents ou [des responsables légaux] des patients qui ne sont pas en capacité de juger, on n'a jamais eu de refus."

Sauf un seul cas :

MC3 : "La patiente ne souhaitait pas avoir cette consultation."

Les résidents vivaient très bien les téléconsultations.

MSG : "La patiente, ça lui faisait ni chaud ni froid qu'on parle d'elle dans une télé."

MSGPL : "Les quelques patients que j'ai vus étaient ravis d'avoir fait la téléconsultation."

Les résidents étaient même fascinés par cette nouvelle technologie.

MSGPL : "Ils étaient ravis, parce qu'ils étaient parmi les premiers à avoir expérimenté une nouvelle méthode technologique, ils ont l'expérience du colon qui pose le pied sur une nouvelle terre."

AS1 : "Quand il s'est vu discuter avec quelqu'un dans un écran, ça l'a fasciné, quoi !" ; "A la fin de l'entretien avec le gériatre, il lui a carrément envoyé un baiser avec la main pour la remercier."

Parfois même, les résidents apportaient leur aide aux soignants pour faire fonctionner le matériel.

MSG : "J'ai le souvenir d'une fois où la caméra ne marchait pas... et alors, tremblotant un petit peu, le résident m'a dit : "il y a paramètres là", alors il a pris ma souris, est allé dans les paramètres et m'a dit : "regardez là, votre caméra elle n'est pas activée". Ah bah là, 89 ans, bon ben respect !"

Le bémol semblait être qu'ils s'intéressaient souvent davantage au côté technologique qu'à la consultation médicale en elle-même.

MSGPL : "Ça aurait pu être n'importe qui et n'importe quoi, c'était pas du tout le fait qu'il y ait un entretien psychiatrique à proprement parler, mais c'est l'expérience technologique en elle-même qui a été valorisante."

MC2 : "En téléconsultation, il fallait recadrer en termes d'attention, de concentration, parce que la dame, elle avait 93 ans je crois et elle était plus axée sur se regarder à la télé que de répondre aux questions du Docteur, c'était marrant."

4-Un très bon accueil de la télémédecine par les familles des résidents

La télémédecine, notamment les téléconsultations et téléexpertises, était extrêmement bien perçue par les familles des résidents.

MC1 : "Pour eux, c'est un plus, ils sont ravis, ils n'en pensent que du bien."

D'après les professionnels interviewés, elles appréciaient la plus grande rapidité de prise en charge.

MC2 : "Alors oui par rapport à la dermato, ils étaient plutôt contents qu'on règle le problème à distance et surtout qu'on règle le problème rapidement. C'était plutôt ça, la rapidité."

Cela leur permettait des économies, avec une amélioration de l'accessibilité aux soins.

MC2 : "Ils ne vont pas payer le transport, un transport en VSL [Véhicule Sanitaire Léger] en dermato quand on n'est pas à 100%, ça charge. Pour aller à certaines consultations, ça fait vingt-cinq kilomètres, soit cinquante kilomètres de VSL à payer par la famille."

Cela permettait de faire un suivi pour des patients réticents à tout transport, en dépit de l'insistance de leur famille.

MSG : "C'était un monsieur de 90 ans très grognon qui ne voulait surtout pas aller en consultation... "non, moi j'irai pas à l'hôpital!". Et la fille tutrice était excessivement inquiète : "ben oui, mais il ne va pas voir un diabétologue, ça m'embête, tout ça". Et la fille était ravie parce que son papouet avait eu une téléconsultation en lieu et place du déplacement..."

Cependant, ils n'assistaient pas aux téléconsultations.

MC1 : "Les familles, non jamais."

Discussion

I-Discussion de la méthode

1-Les points forts

A-La méthode qualitative

Nous étions dans une démarche de compréhension des perceptions concrètes des différents acteurs concernés par la pratique de la télémédecine en EHPAD, directement sur le terrain. La recherche qualitative était tout à fait adaptée à une telle démarche. (6)

B-Des entretiens au plus près du terrain

Les entretiens ont été majoritairement menés directement sur le terrain, permettant une réelle immersion dans le domaine étudié.

Les médecins spécialistes correspondants ont été interviewés dans leurs bureaux, de l'endroit même où ils pratiquent les séances de télémédecine avec les EHPAD. Les entretiens ont eu lieu à côté de l'ordinateur porteur de COVOTEM, que nous avons parfois pu observer en fonctionnement.

Les membres des équipes d'EHPAD ont été interviewés au sein même de leur lieu de travail, dans l'EHPAD. Pour deux des médecins coordonnateurs interviewés, les entretiens se sont déroulés à côté du chariot de télémédecine. Pour un des infirmiers, l'interview s'est tenue dans son poste de soins. Pour un des aides-soignants, l'entretien a eu lieu par téléphone alors qu'il était entre deux soins dans son EHPAD. Le médecin généraliste était en pleine visite dans l'EHPAD au moment de l'entretien.

C-Un échantillon raisonné

Les interlocuteurs interviewés ont été variés, incluant des membres de chacun des corps soignants impliqués dans la télémédecine en EHPAD. En effet, il nous semblait essentiel pour cerner la réalité du terrain d'obtenir une diversité de points de vue. Nous avons ainsi interrogé des médecins, des infirmiers, des aides-soignants et un membre de l'ARS.

D-Deux EHPAD citadins et un EHPAD rural

Avoir pu réaliser des entretiens dans deux EHPAD citadins et un EHPAD rural a permis de mettre en évidence quelques différences de perception, notamment sur le plan de l'isolement.

2-Les limites

A-Les résidents et les familles

Les résidents des EHPAD et leurs familles ont été au cœur de notre réflexion. Mais nous avons choisi de ne pas les interviewer, car notre problématique était centrée sur la perception des professionnels de santé. De plus, concernant les résidents d'EHPAD, ce sont par définition des personnes fragiles, présentant très fréquemment des troubles neuro-cognitifs (7), ce qui aurait pu introduire un biais dans leurs réponses.

Cependant, l'absence du point de vue des résidents et de leurs familles pourrait être considérée comme une des limites de ce travail de thèse.

B-Les médecins généralistes

Un seul médecin généraliste a été interviewé, il aurait été intéressant d'en interroger d'autres pour obtenir une vision plus holistique.

C-Une étude de terrain, mais qui reste indirecte

Nous avons mené notre étude sur le terrain, dans les bureaux des médecins correspondants et au sein même des EHPAD, mais nous n'avons pas assisté directement à des séances de télémedecine en EHPAD, car notre problématique concernait le ressenti des professionnels de santé et non le nôtre, qui aurait pu biaiser les résultats de l'analyse.

Cela pourrait cependant apparaître comme une limite de notre étude.

Notons cependant que nous avons assisté, avant de commencer notre enquête, à plusieurs réunions départementales et régionales de présentation de la télémedecine, organisées par l'ARS Centre Val de Loire, en novembre 2017 et mars 2018, à Chartres et Orléans. Au cours de ces réunions, nous avons pu bénéficier de démonstrations concrètes du fonctionnement de COVOTEM et du chariot de télémedecine.

Au moment des entretiens, nous avons donc une vision précise du déroulement des séances de télémedecine en région Centre Val de Loire.

D-Une expérience pour l'instant limitée quantitativement

Le développement de la télémedecine en EHPAD est apparu comme très lent au cours de notre étude. Les professionnels de santé interviewés avaient tous une expérience réelle et concrète de la télémedecine en EHPAD. L'un d'entre eux avait vécu plusieurs dizaines de séances, mais pour les autres, cette expérience était souvent limitée en termes quantitatifs, portant sur quelques séances et parfois même une seule.

Il s'agit d'une limite intrinsèque de notre étude et on peut imaginer qu'il serait utile de mener une nouvelle étude similaire d'ici plusieurs années.

II-Discussion des résultats

1-Synthèse des résultats de l'étude

Cette thèse a permis d'obtenir plusieurs réponses à notre question : "Quel est le ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémédecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, gérontopsychiatrie de liaison et dermatologie ?"

Les problèmes techniques semblent être une limite considérable au déploiement de la télémédecine en EHPAD, notamment les difficultés d'accès à un réseau Wi-Fi suffisamment puissant et l'impossibilité de transférer directement les données des logiciels-métiers vers l'outil COVOTEM.

Les besoins des EHPAD en télémédecine sont ressentis comme faibles pour le moment.

La rémunération des actes de télémédecine est vécue comme insuffisante par les médecins impliqués, ralentissant le déploiement.

Les médecins généralistes traitants semblent très satisfaits des avis rendus par la télémédecine et appliquent les recommandations avec la même force que pour les avis classiques, mais ils s'impliquent assez peu pour le moment.

L'organisation des actes de télémédecine apparaît être entièrement déléguée aux médecins coordonnateurs d'EHPAD, tant par les médecins traitants que par les équipes paramédicales. La télémédecine semble entraîner un meilleur examen physique de leur part.

La télémédecine, notamment la téléconsultation, semble entraîner une valorisation importante de leur métier pour les infirmiers et les aides-soignants, notamment grâce à une meilleure utilisation de leurs compétences.

En télémédecine, les dossiers sont préparés en amont dans COVOTEM et sont ressentis par les médecins spécialistes correspondants comme étant bien mieux préparés qu'avant, avec la possibilité de demander des précisions avant la réalisation des séances de télémédecine.

En télémédecine, notamment en téléconsultation, les médecins spécialistes correspondants n'examinent plus directement le patient, l'examen physique étant réalisé en amont par le médecin coordonnateur, le médecin traitant, mais aussi par les personnels paramédicaux. Cela semble introduire une notion fondamentale de confiance nouvelle entre ces corps de métier.

En gériatrie, la téléconsultation est ressentie comme véritablement révolutionnaire qualitativement, semblant même pouvoir remplacer intégralement la consultation présente classique. Mais cela semble être beaucoup moins le cas en téléconsultation de gérontopsychiatrie de liaison pour le moment.

Le téléstaff de gérontopsychiatrie de liaison est ressenti comme utile, notamment vis-à-vis de la réduction des délais, mais limité qualitativement par rapport au staff présentiel classique,

notamment à cause du manque de fluidité des interactions.

La téléexpertise est perçue favorablement, notamment en dermatologie.

La télémédecine est clairement ressentie comme favorisant une amélioration de la formation continue des équipes d'EHPAD.

Elle semble réduire la sensation d'isolement des EHPAD, notamment en milieu rural.

Elle apparaît comme permettant une sécurisation des échanges entre médecins de l'EHPAD et médecins spécialistes correspondants.

Elle semble permettre une réduction des besoins de transport des résidents et permettre une amélioration des délais pour obtenir un avis spécialisé.

Le vécu de la téléconsultation semble excellent chez les résidents d'EHPAD.

De même, l'accueil de la télémédecine par les familles des résidents apparaît également excellent.

2-Un problème légal : le téléstaff non défini par la loi HPST

Notre étude a permis d'objectiver la pratique de trois types d'actes de télémédecine en EHPAD en Indre et Loire : le téléstaff, la téléconsultation et la téléexpertise. Cependant, le téléstaff n'a pas été défini dans la loi HPST de 2009, obligeant les médecins à pratiquer des téléstaffs en les cotant dans COVOTEM comme une téléexpertise.

Il s'agit d'une déficience de la loi qui apporte un "flou légal" quant à la pratique des téléstaffs et qu'il serait souhaitable de corriger à l'avenir afin d'optimiser les chances du développement de cet acte. En effet, les professionnels de santé seront probablement plus enclins à pratiquer des actes bien définis dans le champ légal.

3-Les difficultés du déploiement

A-Un déploiement lent et difficile ?

Le déploiement de la télémédecine en EHPAD semble peu rapide dans notre étude.

Le rapport "Télémédecine en EHPAD mutualiste, étude, retours d'expérience" (8), publié en 2016 et parlant de diverses expériences de télémédecine en EHPAD sur le territoire français, constate également : "*Un faible volume d'usage, mais en augmentation*".

B-Une technique performante, condition sine qua non

On a pu constater au cours de notre étude que les problèmes techniques constituent l'un des obstacles majeurs au développement de la télémédecine en EHPAD.

Ce phénomène est également souvent retrouvé dans la littérature.

Le guide "25 projets passés à la loupe" (9) publié par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) en 2012 déclare avec force : *"L'élément technique reste fondamental. Les utilisateurs d'une solution de télémédecine n'y adhéreront pas si la technique est défaillante et l'utilisation chaotique."*

Dans le rapport "Télémédecine en EHPAD mutualiste, étude, retours d'expérience" (8), on retrouve qu'il existe un palier technique à franchir, principalement sur la partie équipements visio-audio et réseau télécom (difficultés sur les performances des réseaux).

L'article "Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD" (10) publié en 2014 dans la revue *European Research in Telemedicine* relate les mêmes difficultés techniques : *"La technologie, bien qu'ayant connu ces dernières années un développement très important, impose encore des limites à la pratique de la téléconsultation."*

Concernant la plateforme COVOTEM, elle est perçue dans notre étude parfois performante, parfois beaucoup moins.

Cette variabilité des avis sur COVOTEM se retrouve dans la littérature.

Dans l'article "Télé-dermatologie : retours d'expérience plutôt positifs" (11) publié par l'Union régionale des Professionnels de Santé (URPS) de la région Centre Val de Loire en 2016, un médecin généraliste rapporte que la plateforme COVOTEM lui a paru simple à installer et facile à utiliser. Un second regrette la complexité du système COVOTEM et la difficulté qu'il y a à transmettre des photos si l'on n'est pas féru d'informatique. Et un autre trouve que l'outil COVOTEM fonctionne bien, mais qu'il doit être amélioré sur le plan ergonomique.

Dans le document "Déploiement des systèmes de téléradiologie ; Panorama des initiatives en région et recommandations" (12) publié en novembre 2009 par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIPSanté), on apprend que le réseau de télémédecine *Urgence Neuro-Franche-Comté* a également choisi l'outil collaboratif COVOTEM, où il semble considéré comme globalement performant : *"C'est un outil de web conférence offrant une très bonne qualité et fluidité d'image et de son."*

Plus précisément, le défaut de passerelle entre les logiciels-métiers et la plateforme COVOTEM est un réel problème plusieurs fois rapporté dans notre étude.

Mais cela ne saurait être imputé à COVOTEM en soi, car on retrouve ce même problème de passerelle avec TéléA, plateforme de télémédecine utilisée en région Aquitaine. En effet, dans l'ouvrage "Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13), publié en 2017 par le Dr N. Salles (professeur de gériatrie exerçant au CHU de Bordeaux, pionnier en matière de télémédecine en EHPAD), il est rapporté concernant une expérience de téléconsultation en EHPAD en Aquitaine que : *"Le transfert du dossier de téléconsultation dans ce logiciel n'est pas automatique, mais nécessite une manipulation particulière. Ce point est à améliorer."*

Ce problème est aussi retrouvé à l'échelle internationale jusqu'au Canada. Le document

"L'implantation de la télésanté et la pérennité de son utilisation au Canada : quelques leçons à retenir" (14), publié en 2016, fait mention de la difficulté d'intégrer le dossier clinique informatisé dans le système existant.

Concernant les problèmes de débit du Wi-Fi et les problèmes de connexion internet d'une manière générale, ils sont relatés comme très problématiques dans notre étude.

Dans l'ouvrage "Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13), on retrouve également de manière très franche les problèmes de connexion Wi-Fi dans une expérience de téléconsultation dans un EHPAD de Lorraine : *"Certaines zones de la résidence sont moins bien couvertes, ce qui explique les difficultés parfois rencontrées dans la liaison avec le CHRU."*

Aussi comme dans notre étude, on retrouve que : *"L'équipe regrette les coupures de son et d'image rencontrées à plusieurs reprises liées à un mauvais débit qui ont nécessité la poursuite par téléphone, voire l'arrêt de la téléconsultation."*

Ainsi, on voit que les problèmes techniques (plateforme de télémédecine, qualité de la connexion internet, etc.) constituent, d'une manière qui pourrait paraître surprenante à notre époque, un des principaux freins au développement de la télémédecine, pas seulement en Indre et Loire mais aussi à l'échelle nationale et internationale. Leur résolution constituera très certainement à l'avenir l'un des premiers leviers permettant de favoriser le développement de la télémédecine, notamment en EHPAD.

C-Des besoins devant être clairement identifiés pour la pratique de la télémédecine

La littérature insiste régulièrement sur le fait que la télémédecine ne peut se développer qu'à partir des besoins réels présents sur le terrain.

L'article "25 projets passés à la loupe" (9) affirme que : *"Une des clés du succès de tout projet de télémédecine est que celui-ci réponde à un besoin identifié."*

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) stipule que tout projet de télémédecine doit être exclusivement guidé par des besoins et une nécessité justifiée. (15)

Selon le document "Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine" (16) publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2013, un projet de télémédecine doit toujours répondre à un besoin médical.

D'après l'article "Des pratiques de télémédecine pour structurer le projet médical partagé d'un groupement hospitalier de territoire" (17) publié en 2016 dans la revue *European Research in Telemedicine*, cette nouvelle pratique doit être fondée sur un projet médical et répondre à un besoin de soins.

Or, on constate dans notre étude que bien souvent les besoins des EHPAD en télémédecine parmi les différentes offres proposées semblent être faibles. En effet, les EHPAD disposent déjà de solutions bien rodées à la plupart des problèmes auxquels la télémédecine prétend

apporter une solution.

Cela ne se retrouve d'ailleurs pas qu'en France. En Pologne, on constate le même phénomène avec l'article "Health in old age, and patients' approaches to telemedicine in Poland" (18) publié en 2017, qui relève que les besoins de télémédecine chez les personnes âgées sont limités, ne dépassant pas les 10%.

Y a-t-il eu un manque d'évaluation des besoins réels des EHPAD lors de la création de l'offre de télémédecine en Indre et Loire ?

La thèse "Quelles sont les conditions d'acceptabilité sociale d'un nouvel outil de télémédecine dans des EHPAD de la région Centre" (19), publiée en 2014 par S. Chamaret, également réalisée en Indre et Loire, arrivait à la même conclusion.

Cet aspect sera certainement à prendre en compte lors des futurs projets de télémédecine en EHPAD en Indre et Loire, mais aussi d'une manière générale à l'échelle nationale. C'est-à-dire qu'il s'agira de commencer par évaluer l'existence concrète de besoins spécifiques avant de développer l'offre, afin d'être au plus proche de la réalité du terrain, sans quoi cette offre risque de ne pas susciter l'adhésion.

D-Télémédecine en EHPAD et médecins généralistes, comment expliquer la faible implication ?

Les médecins traitants restent pivots des soins en EHPAD, comme avant la télémédecine. Mais d'après notre étude, ils semblent ne pas s'approprier l'outil pour l'instant, par manque de temps notamment, et ne requièrent pas d'avis de télémédecine par eux-mêmes, déléguant la tâche aux médecins coordonnateurs.

➤ Ce phénomène est retrouvé dans la littérature

Le rapport "Télémédecine en EHPAD mutualiste, étude, retours d'expérience" (8) retrouve les mêmes difficultés à impliquer les médecins traitants.

De même, d'après l'article "L'expérience de la télémédecine mise au service de la prise en charge des personnes âgées" (20) publié en 2016 sur le site internet *Faire Avancer la Santé Numérique*, le manque de disponibilité des médecins traitants est réel pour la télémédecine en EHPAD.

Pourtant, les médecins traitants semblent très satisfaits des avis rendus par la télémédecine et appliquent les recommandations avec la même force que pour les avis classiques.

Cela se retrouve également dans la littérature.

La thèse "Programme "Télémédecine en EHPAD" en Gironde : enquête de satisfaction en médecine générale" (21), soutenue en 2016, révèle que 96% des médecins généralistes sont satisfaits de leur expérience de télémédecine en EHPAD en Gironde.

L'article "Consultation de télémédecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres" , publié en 2013 dans la revue *European Research in Telemedicine* démontre : *"Un excellent taux de suivi des recommandations proche de 100 %, alors qu'il reste inférieur à 50 % lorsque les patients sont suivis en hôpital de jour."*

Mais alors, qu'est-ce qui peut expliquer ce manque d'implication, hormis le manque de temps, alors que les médecins généralistes traitants sont plus que satisfaits des conclusions des actes de télémédecine ?

➤ Est-ce un problème de communication ?

Dans notre étude, un professionnel rapportait le manque d'information des médecins traitants sur les possibilités de la télémédecine en EHPAD et avait entrepris personnellement une campagne d'information avec l'ARS, via une formation médicale continue.

On retrouve aussi cette notion de manque d'information des médecins traitants en Lorraine. D'après l'article "La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes" (23) publié dans la revue *Santé Publique* en 2016, il existe une méconnaissance générale de la télémédecine chez les médecins généralistes.

Sans une communication appropriée, le déploiement de la télémédecine restera limité. Le développement d'une information large auprès des médecins généralistes sur les possibilités et les avantages de la télémédecine en EHPAD pourrait être un bon moyen pour favoriser son déploiement.

➤ Est-ce un problème de rémunération ?

L'absence de rémunération du médecin traitant requérant un acte de télémédecine auprès d'un spécialiste est peut-être une des explications de ce manque d'implication. En effet, cette absence de rémunération semble clairement vécue dans notre étude comme une limite à l'utilisation de la télémédecine au vu du temps que cela prend.

Dans l'article "Télé-dermatologie : retours d'expérience plutôt positifs" (11) publié par l'URPS Centre Val de Loire, un médecin généraliste rapporte que : *"Il faut parfois consacrer beaucoup de temps, non rémunéré, à un dossier"*. Un second médecin généraliste déclare dans le même article : *"Il serait souhaitable de rémunérer le généraliste, qui consacre du temps à cette téléexpertise, rend service au patient et fait faire des économies à l'Assurance Maladie"*. De même, un autre déclare : *"Le généraliste doit prendre la photo, remplir le dossier et l'envoyer au dermatologue, sans être rémunéré"*.

Une table ronde organisée par l'Association Française de Télémédecine (ANTEL) s'est tenue en 2012, sur le thème "Les liens ville-hôpital". A cette occasion, le Dr P. Espinoza, coordonnateur de *Télégeria*, s'est exprimé. *Télégeria* est une solution de téléconsultation, de téléexpertise et de téléassistance en gériatrie entre des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en région Ile de France. Il expliquait, constatant l'absence de rémunération des médecins généralistes libéraux requérants des

actes de télémedecine en EHPAD, que la tarification de l'activité de télémedecine est au cœur des décisions et que les exemples concrets ne pourront se développer et être pérennes que si le modèle économique de la rémunération des actes trouve sa concrétisation forfaitaire ou à l'acte. (24)

Mais la situation vient tout juste de changer, depuis la publication au Journal Officiel de la République Française de l'Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 du 14 juin 2018 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. (25) (26)

Après de longues négociations, un nouvel accord conventionnel vient d'être signé entre l'Assurance Maladie, les mutuelles et les médecins libéraux, faisant entrer la télémedecine dans le droit commun national des actes médicaux, après dix ans d'expérimentations régionales. Son entrée en vigueur a été portée au 15 septembre 2018 pour la téléconsultation et au 1er février 2019 pour la téléexpertise.

Désormais, requérir une téléexpertise auprès d'un spécialiste sera rémunéré par l'Assurance Maladie 5 euros par téléexpertise de niveau 1 et 10 euros par téléexpertise de niveau 2 (dans la limite de 500 euros par an), les niveaux 1 et 2 reflétant le degré de complexité de la demande. On note que rien n'est prévu cependant pour une demande de téléconsultation, cette demande restant donc dans le domaine du bénévolat.

Cela sera-t-il suffisant pour permettre aux médecins généralistes libéraux de s'impliquer davantage dans la télémedecine, notamment en EHPAD et notamment en téléexpertise ?

Il est encore trop tôt pour le dire, ce niveau de rémunération demeurant faible au regard du temps potentiellement consacré à un dossier complexe. Par exemple, passer 15 minutes à remplir soigneusement une demande dans COVOTEM rapportera 5 euros, contre 25 euros pour une consultation classique de 15 minutes au cabinet. Cependant, cela constitue un excellent signal qui permettra de valoriser la requête d'une téléexpertise et encouragera certainement des médecins généralistes traitants à se lancer dans cette aventure.

L'absence de rémunération concernant les demandes de téléconsultation pourrait cependant sembler regrettable. En effet, cela dévalorise clairement la demande de téléconsultation par rapport à la demande de téléexpertise.

E-Et qu'en est-il de la rémunération des médecins correspondants sollicités ?

Depuis l'avènement de la télémedecine comme pratique officiellement reconnue par les autorités sanitaires, les médecins correspondants spécialistes ont toujours perçu une rémunération pour les avis qu'ils rendaient en télémedecine.

Jusqu'au 1er août 2018, les actes de télémedecine étaient rémunérés dans un cadre expérimental via un fonds d'intervention régional géré par les ARS, selon les prescriptions de l'Article L1435-8 du Code de la Santé Publique.

Les téléconsultations étaient rémunérées 26 euros par acte et jusqu'à trois actes par an et

par patient pour un médecin généraliste (titulaire d'un DU de gériatrie). 28 euros par acte et jusqu'à trois actes par an et par patient pour un médecin spécialiste (sauf psychiatre et gériatre). Et 43,70 euros par acte et jusqu'à cinq actes par an et par patient pour un médecin psychiatre.

Les téléexpertises étaient quant à elles rémunérées sur la base forfaitaire de 40 euros par an et par patient pour chaque professionnel spécialiste requis. (27) (46)

Cette rémunération, dans notre étude, ne semblait pas perçue comme suffisante, notamment en ce qui concerne les spécialistes correspondants libéraux, au vu du temps que cela prend (démarches auprès de l'ARS, installation de COVOTEM, lecture en amont des dossiers, etc.).

L'Arrêté du 1er août 2018 relatant l'accord entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie change la donne. (25) (26)

La téléconsultation sera facturée par le médecin (généraliste ou spécialiste) au tarif de 25 euros (30 euros pour certains types de consultations).

Concernant la téléexpertise, l'accord prévoit deux niveaux de tarification selon la complexité du dossier du patient. Le niveau 1 de téléexpertise sera rémunéré 12 euros pour le médecin sollicité, par exemple pour la lecture d'un fond d'œil ou d'un examen otoscopique (dans la limite de quatre actes par an et par médecin, pour un même patient). Le niveau 2 de téléexpertise sera rémunéré 20 euros pour le médecin sollicité, par exemple pour la surveillance d'une plaie chronique en voie d'aggravation ou le suivi d'évolution d'une maladie inflammatoire chronique intestinale ou rhumatologique (dans la limite de deux actes par an et par médecin, pour un même patient).

Cette nouvelle grille de tarification sera-t-elle à même de favoriser le développement de la télé médecine, notamment en EHPAD ?

La situation tarifaire change finalement peu en téléconsultation pour les gériatres et autres spécialistes, sauf pour les psychiatres où la rémunération baisse sensiblement, passant de 43,70 euros à 30 euros maximum par acte, ce qui pourrait être limitant.

Le changement est surtout perceptible pour la téléexpertise, où la rémunération de l'acte passe de 40 à 20 euros, voire 12 euros selon le niveau de complexité. Cependant, il n'y a plus la limitation à 40 euros par patient et par an. Mais vu que les actes sont rares, leur répétition pour un même patient l'est aussi. Avec cette nouvelle tarification, un dermatologue libéral, qui par exemple donnait un seul avis en téléexpertise pour un patient dans l'année, se verra rémunéré 12 à 20 euros au lieu de 40 euros auparavant. Cela pourrait être un frein pour les dermatologues déjà engagés.

Donc si le passage dans le droit commun de la télé médecine est clairement une bonne nouvelle quant à la volonté des autorités de la pérenniser et de la "normaliser", les tarifications retenues risquent dans certains cas d'être limitantes.

F-Un besoin majeur de coordination

L'article "25 projets passés à la loupe" (9) publié par l'ANAP rapporte qu'un des facteurs clé de la réussite de tout projet de télémédecine est : *"Un portage médical fort, soutenu par un coordonnateur"*, celui-ci n'étant pas forcément un médecin.

L'article "L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?" (28), publié en 2011 dans la *Revue Française des Affaires Sociales* et parlant de *Télégéria*, affirme que : *"Pour garantir l'efficacité des téléconsultations, la reconnaissance d'un nouveau métier semble s'imposer : celui de médecin coordonnateur en télémédecine ou "télémedecin", capable d'assurer la gestion du projet et sa continuité."*

Dans "L'implantation de la télésanté et la pérennité de son utilisation au Canada : quelques leçons à retenir" (14), on retrouve que l'une des conditions du succès d'implantation des initiatives en télésanté est la présence d'un coordonnateur actif dédié au projet.

Notre étude vérifie cette assertion. En pratique, ce coordonnateur n'est autre que le médecin coordonnateur d'EHPAD, en lien avec l'infirmier chargé d'accompagnement départemental. Sans lui, dans le territoire que nous avons exploré, aucun projet de télémédecine ne semble pouvoir se développer en EHPAD.

Peut-être qu'à l'avenir, le médecin traitant s'emparera de ce rôle de coordonnateur ou même qu'un nouveau métier de médecin à part entière, celui de "Télémedecin", émergera. (28)

4-Télémédecine en EHPAD et préparation des dossiers

Notre étude montre qu'en télémédecine, les dossiers semblent être bien mieux préparés qu'avant la télémédecine. En effet, en médecine générale classique, les demandes d'avis spécialisés se font par simples courriers remis au patient ou à son représentant légal, souvent rédigés rapidement face à la pression du temps, manquant ainsi parfois d'informations importantes.

L'article "Télémédecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria" (29), publié en 2012 dans la revue *Gérontologie et société*, retrouve également cette notion, révélant qu'en télémédecine : *"Les échanges entre praticiens sont généralement bien plus étoffés que lors des relations épistolaires traditionnelles."*

5-La téléconsultation en EHPAD, une révolution aux multiples facettes

A-La nécessité d'une confiance nouvelle

En téléconsultation, notamment en gériatrie dans notre étude, le médecin spécialiste correspondant ne peut plus examiner lui-même le patient. L'examen physique est ainsi réalisé à distance par le médecin coordonnateur, le médecin traitant, mais aussi par les personnels paramédicaux (IDE, aides-soignantes). Cela semble introduire une notion de confiance nouvelle dans ce domaine.

On retrouve cette notion dans la littérature.

L'article "Teleconsultation in geriatrics : impact on professional practice" (30), publié en 2013 dans la revue *International Journal of Medical Informatics*, retrouve également que : "*La délégation de l'examen physique en télé médecine implique une forme de coopération particulière avec la nécessité d'une confiance envers l'examineur*".

De même, l'article "L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?" (28), en parlant de *Télégeria*, retrouve que : "*Ces nouvelles formes de délégation reposent avant tout sur la confiance dans le jugement et les compétences du professionnel délégataire, dans un contexte où la délégation peut se faire entre individus placés à des niveaux différents de la hiérarchie médicale ou paramédicale.*"

Or, d'une façon qui pourrait paraître surprenante, la confiance ne semble pas être problématique d'après le retour d'expérience de notre étude, notamment de la part du médecin gériatre correspondant que nous avons interviewé, qui a toute confiance dans sa délégation de l'examen physique au médecin coordonnateur et aux personnels paramédicaux pendant ses téléconsultations.

Comment expliquer que cette confiance soit si naturelle ici ?

Selon "La confiance" (31), publié en 1998 par le chercheur V. Mangematin dans la *Revue française de gestion*, il existe trois types de confiance :

- 1) La confiance *intuitu personae*, fondée sur l'appartenance à un même corps ;
- 2) La confiance institutionnelle, fondée sur la reconnaissance d'une marque ;
- 3) La confiance relationnelle, fondée sur l'expérience de relations passées entre personnes.

Or, à y regarder de plus près dans notre étude, la téléconsultation de gériatrie remplit ces trois conditions :

- 1) Les différents acteurs appartiennent au même corps des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) ;
- 2) Ils évoluent en télé médecine avec des institutions : les EHPAD ;
- 3) Ils se connaissent de longue date, notamment entre médecins spécialistes et médecins coordonnateurs.

On comprend alors mieux pourquoi la confiance représente aussi peu un problème.

Mais alors que se passerait-il si les acteurs ne se connaissaient pas du tout ?

On peut imaginer que, les deux premières formes de confiance étant inhérentes à la téléconsultation en EHPAD, cela n'empêcherait pas le bon déroulement des téléconsultations, d'autant que la troisième forme de confiance arriverait ensuite avec la répétition des téléconsultations.

Cela semble être de bon augure pour le développement de la téléconsultation en EHPAD, notamment en gériatrie.

B-Un rééquilibrage hiérarchique qui valorise les personnels paramédicaux

La télémédecine, notamment la téléconsultation de gériatrie dans notre étude, semble entraîner une valorisation des métiers d'infirmier et d'aide-soignant par une utilisation accrue de leurs compétences, avec en particulier une délégation de l'examen physique aux personnels paramédicaux par le médecin spécialiste, comme nous venons de le voir. Cela entraîne une horizontalisation de la prise en charge, renversant par là même l'ordre hiérarchique courant entre médecins et paramédicaux.

Corroborant cette observation sur l'ordre hiérarchique, l'article "Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire" (32), publié dans la *Revue de la régulation-capitalisme-institutions-pouvoirs* en 2015, relève concernant la télémédecine que : *"Tout changement technologique peut entraîner une modification dans la typologie des tâches et des statuts. La question de la délégation des tâches entre les soignants et les paramédicaux est alors intrinsèquement liée à celle du changement technologique et du progrès médical."*

De même, le mémoire de sociologie "Pour une exploration des mondes de la télémédecine. L'analyse des dynamiques professionnelles au prisme des activités de travail" (33), soutenu en 2016 et parlant de l'expérience du réseau *TéléGéria*, va également fortement en ce sens, révélant que : *"Une telle forme de délégation d'activités réalisées habituellement par les médecins spécialistes du CHU aux praticiens de l'hôpital gériatrique, ainsi qu'à des membres du personnel paramédical, est inédite dans la mesure où elle touche au cœur du travail des médecins, à savoir l'élaboration du jugement médical conduisant à la production du diagnostic lors de l'examen clinique. De plus, elle s'effectue entre des professionnels qui se situent à des niveaux parfois très différents au sein de la hiérarchie médicale et paramédicale."*

Aussi, l'article "L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?" (28), en parlant de *TéléGéria*, retrouve que : *"La délégation des tâches et, partant, la relation qui s'installe de part et d'autre du dispositif de visioconférence sont susceptibles de réduire la hiérarchie entre médecins et soignants."*

La valorisation entraînée par ce rééquilibrage hiérarchique est retrouvée dans la littérature.

Dans l'ouvrage "Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13), on retrouve dans une expérience de téléconsultation gériatrique dans un EHPAD de Lorraine que : *"L'équipe soignante, les infirmières en particulier, se sent entendue et valorisée."*

L'article "Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD" (10), en parlant des téléconsultations de gériatrie en EHPAD, arrive aux mêmes conclusions : *"En favorisant l'expression du personnel impliqué à l'EHPAD et des intervenants du gérontopôle, les téléconsultations valorisent leur travail et diminuent les pertes d'informations."*

L'article "La télémédecine, ciment de l'équipe de soins : quel effet sur les pratiques des IDE ?" (34), publié en 2016 dans la revue *European Research in Telemedicine*, va également en ce sens, remarquant que : *"La télémédecine renforce le travail en équipe dans de nouvelles*

organisations, les professionnels de santé se sentent plus utiles du fait de cette coordination nouvelle autour du patient."

Cela pourrait un jour constituer une véritable révolution de l'organisation des soins en EHPAD, avec un nivellement de la hiérarchie entre professionnels médicaux et paramédicaux, qui pourrait renforcer le travail d'équipe autour des résidents.

C-Une téléconsultation qualitativement beaucoup plus performante

Bien que cela semble moins vrai pour la gérontopsychiatrie dans notre étude, en gériatrie la téléconsultation semble qualitativement de bien meilleure qualité que la consultation présentielle classique, permettant l'obtention d'informations capitales qui étaient inaccessibles auparavant.

Dans l'ouvrage "Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13), on retrouve dans une expérience de téléconsultation gériatrique dans un EHPAD de Lorraine que : *"La discussion collégiale lors de la connexion permet au gériatre d'affiner ses hypothèses diagnostiques et de recueillir des informations précieuses. Il dispose de plus d'éléments qu'en consultation classique."* De même, dans une expérience en Aquitaine : *"Le centre expert obtient de l'équipe des informations que le patient vu seul en consultation ne pourrait pas lui apporter."* L'ouvrage affirme enfin : *"La télémédecine révolutionne les pratiques de ceux qui l'ont testée. Beaucoup d'entre eux n'imaginent pas être capables de revenir en arrière."*

L'article "Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD" (10), arrive quant à la téléconsultation à la même conclusion que notre étude (concernant la gériatrie), à savoir que : *"La réalisation de la téléconsultation en présence d'une partie du personnel soignant, du patient et/ou de la personne de confiance, dans un environnement habituel, sécurisant, est de meilleure qualité qu'une consultation classique en milieu hospitalier, inconnu du patient et source de perturbation pour lui."*

Le rapport final "Évaluation d'un dispositif de télémédecine. Télégéria, les Nouvelles Technologies au service des Personnes Âgées" (35), publié en 2007, montre concernant la téléconsultation de gériatrie que : *"Le médecin, situé auprès du patient, effectue l'auscultation prescrite par le spécialiste à distance. La réunion de leurs deux pratiques permet une consultation efficace et un diagnostic sûr."*

La téléconsultation de gérontopsychiatrie de liaison semble qualitativement moins performante qu'avant la télémédecine dans notre étude.

Un auteur infirme cette constatation :

Dans une présentation à la treizième rencontre de gérontopsychiatrie et de psychogériatrie en Anjou en 2016 à Angers (36), le Dr M. Desbordes (gérontopsychiatre de liaison en Normandie) révèle, d'après une enquête de satisfaction concernant son expérience de télémédecine gérontopsychiatrique (en téléconsultation et téléexpertise), que près de 100% des soignants et médecins y ayant participé en sont satisfaits ou tout à fait satisfaits,

notamment sur les possibilités d'ajustement thérapeutique. De même, dans l'étude "La télé médecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives" (37) publiée en 2015 dans la revue *NPG-Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, le même auteur nous dit que la télé médecine est un bon outil pour la psychiatrie et atteste qu'elle peut s'étendre aisément à la psychiatrie de liaison en EHPAD.

Une autre ressource bibliographique la confirme :

L'ouvrage "Télé médecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13) retrouve, comme dans notre étude, dans une expérience de télé consultation gérontopsychiatrique en EHPAD en Aquitaine que : *"Les résultats sont moins marquants concernant la thématique des troubles psycho-comportementaux, les problèmes étant plus longs et difficiles à résoudre."*

L'expérience de télé consultation en gérontopsychiatrie de liaison en Indre et Loire mérite certainement d'être prolongée. La répétition des actes de télé consultation, avec les apprentissages qu'elle comportera, pourrait aboutir progressivement à une amélioration qualitative de ces actes, jusqu'à les rendre au moins équivalents aux consultations présentes classiques.

6-La télé expertise, un outil très favorable en EHPAD

D'après notre étude, la télé expertise semble être un outil performant en EHPAD, notamment en dermatologie.

La littérature va aussi en ce sens.

Le rapport "Télé médecine en EHPAD mutualiste, étude, retours d'expérience" (8), parlant notamment de la télé expertise dermatologique, révèle que : *"La télé dermatologie est fiable pour le triage des consultations de dermatologie des patients et a le potentiel d'améliorer l'efficacité de la prise en charge."*

L'article "Mise en œuvre d'un service de télé dermatologie en Franche-Comté" (38), publié en 2012 dans la revue *European Research in Telemedicine* et parlant d'expériences de télé expertise (mais aussi de télé consultation) de dermatologie, affirme que : *"Cette solution a démontré une efficacité indéniable dans les petits établissements et les EHPAD."*

7-Le télé staff, un outil utile mais qualitativement discutable

Dans notre étude, le télé staff, notamment en gérontopsychiatrie de liaison, semble présenter l'avantage d'apporter une rigueur dans le déroulé de la réunion, qui devient exclusivement consacrée au travail. Il réduit considérablement les digressions (café, discussions extra-professionnelles), fait gagner du temps (temps de réunion et temps de déplacement à la réunion) et permet une fréquence accrue de staffs (un tous les deux mois au lieu d'un tous les quatre mois). Mais le télé staff semble finalement induire une certaine superficialité des échanges par rapport aux staffs classiques, réduisant par là même le ressenti qualitatif de la réunion.

Ce phénomène ne semble pas inhérent à la télémédecine, mais potentiellement à toutes les formes de réunions de travail quand elles deviennent télé-réunions.

En effet, dans "Téléconférence et visioconférence ou les paradoxes des outils de simplification des réunions" (39), publié dans la *Revue française d'administration publique* en 2016, il est rapporté les propos d'une agente déléguée territoriale : *"La visioconférence demande une discipline plus importante et en même temps, c'est peut-être moins riche en échanges. Ce qui pourrait se perdre, c'est s'il y a des échanges en dehors de la réunion... des petites interactions avant/après réunions, des débriefings. On a perdu cette humanisation dont on a tous besoin dans le cadre du travail : ouvrir la réunion, prendre un café convivial, la fermer par un repas, ce côté humain, qui était primordial."*

Ainsi, il semble difficile d'imaginer que le téléstaff puisse remplacer totalement le staff classique présentiel. Mais il demeurera certainement un complément précieux, notamment en termes d'amélioration des délais.

8-Télémédecine en EHPAD, un nouveau mode de transmission des savoirs et des compétences

Dans notre étude, la télémédecine semble permettre avec force une amélioration de la formation continue des équipes d'EHPAD.

Ce phénomène est très largement retrouvé dans la littérature, concernant la télémédecine en EHPAD, mais aussi d'une manière générale.

Le premier volume du magazine de la télémédecine en région Centre Val de Loire, *e-santé CENTRE* (40), publié en 2017, rapporte concernant la téléexpertise dermatologique : *"Ce dispositif permet de dispenser une formation continue aux infirmières en établissement dans le but de les rendre plus autonomes, d'harmoniser les pratiques et ainsi d'assurer une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des patients."*

Dans l'ouvrage "Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13), on retrouve également dans une expérience de téléconsultation gériatrique dans un EHPAD de Lorraine que : *"Les téléconsultations sont l'occasion d'un échange avec un spécialiste sur des cas posant problème et à ce titre sont formatrices."*

Dans "Télé-dermatologie : retours d'expérience plutôt positifs" (11), article publié par l'URPS Centre Val de Loire, un médecin généraliste rapporte que : *"Le système oblige à faire des descriptions assez fines des lésions, permet d'approfondir ses connaissances en dermatologie et crée une émulation professionnelle."*

L'article "Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD" (10), en parlant des téléconsultations de gériatrie en EHPAD, arrive aux mêmes conclusions que nous, à savoir que : *"Elles participent à la formation médicale continue des médecins et à la formation des soignants, à partir de leur pratique."*

L'article "La télémédecine, ciment de l'équipe de soins : quel effet sur les pratiques des IDE ?"

(34) retrouve également que : *"La télémedecine favorise la transmission du savoir, les acteurs gagnent en expertise."*

D'après "Des pratiques de télémedecine pour structurer le projet médical partagé d'un groupement hospitalier de territoire" (17), la téléexpertise permet de mutualiser les savoirs médicaux au bénéfice des patients.

Le mémoire de sociologie "Pour une exploration des mondes de la télémedecine. L'analyse des dynamiques professionnelles au prisme des activités de travail" (33), en parlant de l'expérience du réseau *Télégeria*, relève que : *"Elle a aussi conduit à une montée en compétences des professionnels qui assistent aux téléconsultations et qui sont amenés, à terme, à recourir aux spécialistes seulement pour les cas jugés plus complexes, dans la mesure où, au fil des téléconsultations, ils ont acquis, pour les affections les plus courantes, de nouvelles compétences en matière de diagnostic et de traitement."*

L'article "Télémedecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau *Télégeria*" (29) rapporte également que : *"Les téléconsultations contribuent à la mutualisation et à la transmission instantanée des connaissances cliniques entre praticiens, ce qui accroît potentiellement la qualité de la prise en charge médicale."*

L'article "Teleconsultation in geriatrics : impact on professional practice" (30) nous dit que : *"La nouvelle forme de relation entre professionnels de santé contribue au partage et à la transmission des connaissances entre eux."*

L'article "Consultation de télémedecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres" (22) retrouve également que l'outil de télémedecine favorise l'acquisition de connaissances pour les équipes soignantes d'EHPAD.

Ainsi, la télémedecine permet une transmission de compétences du spécialiste vers le médecin requérant et l'équipe soignante.

Mais l'inverse est aussi vrai, car le spécialiste bénéficie aussi d'une formation dans ses pratiques. Notre étude le montre et la littérature l'atteste.

Ainsi, dans "Les téléconsultations médicales en gériatrie" (41), publié en 2012 dans la revue *Soins Gériatrie* et parlant de *Télégeria*, on apprend que : *"Des savoirs de natures diverses se diffusent, allant tendanciellement des professionnels plus spécialisés vers les gériatres qui détiennent un savoir plus généraliste. Cependant, le flux des informations peut changer de sens, les praticiens exerçant à l'hôpital Vaugirard-Gabriel-Pallez détenant un grand nombre d'éléments cliniques à propos du patient et appréhendant, souvent mieux que le spécialiste, les spécificités de la prise en charge gériatrique."*

9-Télémédecine en EHPAD, un décroisement salutaire

La télémédecine semble permettre une rupture de l'isolement des EHPAD, notamment en milieu rural.

Cette rupture de l'isolement des EHPAD grâce à la télémédecine est retrouvée dans la littérature.

Selon l'ouvrage "Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13) : *"La télémédecine rompt la solitude des équipes soignantes des EHPAD devant des prises en charge difficiles, telles que celles des personnes âgées présentant des troubles du comportement, se manifestant par des cris, une insomnie, une agitation ou des fugues."*

L'article "Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD" (10), concernant l'étude de téléconsultations en EHPAD, retrouve également cette notion et nous dit que : *"La télémédecine permet de décroiser le milieu hospitalier et le monde médico-social."*

L'article "Télémédecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria" (29) affirme : *"Grâce à la télémédecine, il paraît ainsi possible de contribuer au décroisement des EHPAD et des hôpitaux de proximité isolés géographiquement, en les mettant plus étroitement en lien avec un grand nombre de spécialités médicales."*

L'article "Consultation de télémédecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres" (22) affirme : *"L'outil de télémédecine peut également représenter une réponse essentielle à l'isolement"*.

10-Télémédecine ou comment mettre fin aux télé-échanges "hors cadre"

La télémédecine, grâce à l'utilisation de l'outil collaboratif COVOTEM, semble dans notre étude permettre une sécurisation des échanges entre médecins de l'EHPAD et spécialistes correspondants, notamment en téléexpertise dermatologique.

En effet, la prise et l'échange d'images dermatologiques, depuis l'arrivée des smartphones, est une pratique courante, en EHPAD comme ailleurs, mais qui manque de sécurité, induisant un risque quant au respect du secret médical et notamment un risque de fuite des données.

Un médecin généraliste rapporte dans le premier volume du magazine de la télémédecine en région Centre Val De Loire : *"Les échanges de télémédecine "sauvages" existaient avant l'expérimentation [de la téléexpertise], je lui envoyais [au dermatologue] régulièrement des mails non sécurisés avec des photos qui ne mentionnaient pas le nom du patient."* (40)

De même, l'article "La télémédecine : une application de choix pour la dermatologie", publié en 2017, souligne l'existence de 230 applications consacrées à la dermatologie dont beaucoup au télédiagnostic, hors de tout cadre réglementaire.

Également, l'étude "Avis dermatologiques à distance : une enquête interrégionale" (43), menée en Loire-Atlantique, Rhône-Alpes et Basse-Normandie, publiée en 2015, montre que sur trente praticiens dermatologues au sein de ces trois régions, dont onze libéraux, 287 avis à distance ont été rendus par ces derniers. Les demandes étaient souvent adressées par des médecins généralistes ou autres dermatologues, via une messagerie professionnelle non sécurisée (49 %) ou un smartphone (29 %).

Ce phénomène se retrouve aussi à l'étranger : l'article "Review of digital image security in Dermatology" (44), publié au Royaume-Uni en 2015, rapporte que les dermatologues prennent et échangent très régulièrement des photographies non sécurisées via smartphone ou mail.

La téléexpertise, grâce aux plateformes sécurisées et homologuées (dont COVOTEM), permettrait de mettre fin à ces pratiques anarchiques et risquées, en EHPAD comme ailleurs.

11-Télémédecine en EHPAD, un espoir de rationalisation du recours aux services d'urgences

Les transferts de résidents d'EHPAD vers les services d'urgences sont extrêmement fréquents.

L'étude "FINE : Facteurs Prédisposants au Transfert Inapproprié aux Départements des Urgences des résidents d'EHPAD" (45), menée en 2014, révèle que dans la région de Toulouse, les transferts aux urgences étaient inappropriés dans 43% des cas (absence d'urgence somatique, prise en charge palliative connue, directives anticipées de non-transfert).

Or, d'après notre propre expérience, les transferts aux urgences de ces patients, souvent en pleine nuit, sur des brancards inconfortables, dans des lieux qu'ils ne connaissent pas, au milieu de soignants surchargés de travail, sont extrêmement délétères pour eux, induisant confusion, détresse et une dégradation parfois irréversible de leur état physique et cognitif.

Allant dans ce sens, l'étude "PLEIAD" (45), réalisée par le Gérontopôle de Toulouse en 2010, confirme que les hospitalisations répétées des personnes âgées résidant en établissement entraînent une fragilisation accrue de ces personnes et représentent un risque d'augmentation de leur dépendance.

La télémedecine ne semble pour le moment pas perçue comme utile pour réduire les passages aux urgences dans notre étude. Cependant, la porte reste clairement ouverte à de futures prises en charge d'urgences via la télémedecine.

Dans "Télémédecine en EHPAD mutualiste, étude, retours d'expérience" (8), on constate que certaines Unions Territoriales envisagent à l'avenir de réaliser des prises en charge d'urgences de patients en EHPAD avec la télémedecine.

De même, une étude en cours menée par le CHU de Limoges, "GERONTACCESS : Évaluation de l'impact d'un dispositif de Télémédecine (DTM) sur la prévention des hospitalisations aux

urgences des résidents d'EHPAD âgés polypathologiques" (47), tente de montrer que l'organisation de téléconsultations d'évaluation gériatrique pourrait réduire le taux d'hospitalisations non programmées avec recours aux services des urgences.

Plus concrètement, l'étude Hong-Kongaise "Telehealth for older patients : the Hong Kong experience" (48), publiée en 2002 dans la revue *Journal of Telemedicine and Telecare*, montre une réduction de 9% du nombre de visites aux services des urgences grâce à l'application de pratiques de télémédecine en maisons de retraite.

On peut donc imaginer, à la lumière des résultats concrets à Hong-Kong et vu l'existence de plusieurs projets en France en ce sens, que la télémédecine pourra bientôt permettre de rationaliser et réduire les transferts de résidents aux urgences, fréquents et très délétères pour eux. Un tel résultat représenterait un gain de qualité de vie considérable pour les résidents d'EHPAD et représente un réel espoir de la télémédecine.

12-Télémédecine en EHPAD et transports, un bénéfique consensuel

La réduction des transports des résidents semble dans notre étude unanimement reconnue par l'ensemble de tous les professionnels interviewés comme l'un des bénéfices de la télémédecine. En effet, les EHPAD hébergent des personnes d'une grande fragilité, tant sur le plan physique que cognitif et tout déplacement hors de leur cadre de vie habituel peut être un bouleversement, facteur d'aggravation de leur état général.

De nombreuses études relatent que la télémédecine favorise la diminution des déplacements des résidents, leur étant ainsi extrêmement bénéfique.

Selon l'ouvrage "Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13), la télémédecine en EHPAD permet : *"Une amélioration de la qualité de vie des résidents avec moins de venues à l'hôpital (source de complications), moins de transports et une prise en charge dans leur lieu de vie avec leurs soignants habituels."*

L'étude "Une expérience de téléexpertise [en dermatologie] en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)" (49), menée dans le Limousin et publiée en 2013, affirme qu'en deux ans, la téléexpertise de dermatologie a permis d'éviter vingt déplacements de patients dépendants hébergés en EHPAD.

Le rapport "Télémédecine en EHPAD mutualiste, étude, retours d'expérience" (8) nous informe qu'une étude américaine a mis en évidence que : *"Chaque téléconsultation a permis d'économiser en moyenne cent miles de voyage et trois heures de temps pour le spécialiste."*

L'article "Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD" (10), en parlant des téléconsultations de gériatrie en EHPAD, relate également que *"Ces téléconsultations évitent des transports inutiles et parfois perturbateurs chez des patients fragiles."*

L'article "Télémédecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria" (29) rapporte que : *"Le déplacement*

prend, au minimum, une demi-journée et peut s'avérer très fatigant et stressant pour les patients, alors que la téléconsultation est réalisée dans l'établissement, non loin de leur chambre."

13-La télémédecine en EHPAD bien accueillie par les résidents

Le vécu de la téléconsultation semble excellent chez les résidents d'EHPAD dans notre étude et la littérature abonde de retours d'expérience allant dans ce sens, y compris à l'étranger.

Le rapport "Télémédecine en EHPAD mutualiste, étude, retours d'expérience" (8) retrouve de manière générale une réaction positive des résidents."

Dans l'ouvrage "Télémédecine en EHPAD, les clés pour se lancer" (13), on retrouve également dans une expérience de téléconsultation gériatrique dans un EHPAD de Lorraine que : *"Après quelques minutes, ils [les résidents] oublient le contexte particulier de la téléconsultation."* De même, dans une autre expérience rapportée dans le même ouvrage, mais dans un EHPAD de d'Aquitaine, il est rapporté que : *"En fin de [télé]consultation, un patient a même tendu la main au gériatre pour lui dire au revoir !"*

L'article "Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD" (10), en parlant des téléconsultations de gériatrie en EHPAD, rapporte qu'il n'y a eu aucun refus de la part des patients ni des familles.

L'article "La télémédecine, ciment de l'équipe de soins : quel effet sur les pratiques des IDE ?" (34) retrouve aussi que : *"Les patients sont ravis car ils se sentent très sécurisés."*

Selon l'article "The application of telemedicine to geriatric medicine" (50) publié en 2007 dans la revue britannique *Age and ageing* : *"Les cliniciens peuvent être rassurés par les nombreux rapports faisant état de niveaux de satisfaction élevés dans les enquêtes auprès des patients."*

De même, l'article "Designing Home-Based Telemedicine Systems for the Geriatric Population : An Empirical Study" (51), publié en 2018 dans la revue américaine *Telemedicine and e-Health*, révèle que les personnes âgées participant aux séances de télémédecine présentent un haut niveau d'intérêt à en savoir plus sur le sujet.

Encore une fois, l'étude "La télémédecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives" (37) rapporte que les téléconsultations sont bien acceptées par les patients et les professionnels.

Un tel accueil constitue un terrain très favorable au déploiement de la télémédecine en EHPAD et semble d'excellent augure pour son avenir.

Conclusion

D'après les résultats de cette thèse, la télémédecine est aujourd'hui une réalité dans plusieurs EHPAD d'Indre et Loire, mais elle demeure expérimentale et n'est pas encore inscrite dans une pratique de routine.

Le facteur technique est un frein fondamental à son déploiement, notamment les problèmes de connexion internet. Une amélioration de la qualité des réseaux, tant du côté de la direction des EHPAD requérants que du côté des professionnels de santé requis, sera indispensable au développement futur de la télémédecine en EHPAD.

La téléconsultation de gériatrie, en autorisant la collecte d'informations médicales auparavant inaccessibles, apporte des avantages forts qui améliorent la qualité de la prise en charge des résidents d'EHPAD. Elle apparaît comme pouvant un jour remplacer complètement la consultation présenteielle. Cela semble moins évident en gérontopsychiatrie de liaison pour le moment, nécessitant encore un apprentissage du nouveau mode d'entretien médical que cela représente et une amélioration de la fluidité des échanges, indispensable en psychiatrie.

Que ce soit en téléstaff, en téléconsultation ou en téléexpertise, la télémédecine permet une prise en charge plus rapide des résidents et évite des déplacements traumatisants pour ces personnes par définition fragiles. L'acceptation des résidents est d'ailleurs excellente. Ils se sentent valorisés grâce à leur intégration à un projet technologique, notamment en téléconsultation. La crainte d'une déshumanisation liée à la télémédecine a été peu exprimée par les professionnels de santé.

La télémédecine réduit l'isolement des équipes soignantes d'EHPAD, notamment en milieu rural. Elle est un facteur puissant d'amélioration de leur formation continue. En téléconsultation, elle valorise ces équipes, en particulier les personnels paramédicaux, permettant que leurs connaissances sur les résidents soient avantageusement exploitées et qu'une partie de l'examen clinique leur soit déléguée. Une confiance nouvelle entre médecins spécialistes et équipes d'EHPAD en découle, avec un rééquilibrage hiérarchique véritablement nouveau. La télémédecine est ainsi un facteur de qualité de vie au travail pour les professionnels de santé en EHPAD et sera en cela probablement un facteur de recrutement à l'avenir.

Cependant, les besoins en télémédecine sont quantitativement peu importants, les EHPAD étant déjà compétents face à la majorité de leurs problèmes. Il semble essentiel que la télémédecine réponde à des besoins concrets sur des problèmes spécifiques, sans quoi il n'y aura pas d'adhésion.

Pour le moment, la télémédecine en EHPAD n'est pas un outil de prise en charge des urgences, mais rien n'empêche qu'elle le devienne à l'avenir. Plusieurs expériences en ce sens sont en cours en France et cela est déjà une réalité à l'étranger.

Les conditions juridiques et administratives pour le déploiement de la télémédecine en EHPAD semblent réunies. L'accord conventionnel de juin 2017, très médiatisé, fait passer la télémédecine de l'expérimentation régionale au droit commun vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

La télémédecine en EHPAD en est à ses débuts, mais cette thèse laisse imaginer un avenir prometteur pour les trois spécialités investiguées. L'appropriation de ce nouvel outil passera par la résolution des différents facteurs actuellement limitants et par la connaissance des professionnels de santé des possibilités qu'il offre. La télémédecine n'est pas une fin en soi, mais une solution complémentaire. Son utilisation en EHPAD dans le cadre d'autres spécialités non abordées dans cette thèse reste à déterminer.

Bibliographie

1. INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. INSEE PREMIERE. n°1089. Juillet 2006.
2. DREES. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les dossiers de la DREES n°17. Mai 2017.
3. Code de la Santé Publique. Article L6316-1: Télémedecine. Modifié par la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 54 (V).
4. Code de la Santé Publique. Article R6316-1. Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1.
5. IDO-in. Télémedecine et Télésurveillance. Disponible sur : <https://www.ido-in.com/solutions/telemedecine-telesurveillance/telemedecine-et-telesurveillance,282,219.html>.
6. Schneider D. Balises de méthodologie pour la recherche en sciences sociales. Université de Genève. Faculté de psychologie et des sciences de l'Éducation. Juin 2004.
7. Kuhnel M-L, El Iraki I et al. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 2010; 10 : 111-115.
8. Sanita Consulting. Rapport Télémedecine en EHPAD mutualiste : Etude, retour d'expériences. Mars 2016.
9. ANAP. Guide 25 projets de télémedecine passés à la loupe - Tome 1 : les grands enseignements. Mai 2012.
10. Bismuth S, Remande A et al. Motifs de recours à la télémedecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD. European Research in Telemedicine. 1 juin 2014; 3 (2) : 77-83.
11. URPS Centre. Télé-dermatologie : retours d'expérience plutôt positifs. Disponible sur : <http://www.urpsml-centre.org/index.php/nos-actions/214-tele-dermatologie-retours-d-experience-plutot-positifs>.
12. ASIP Santé. Déploiement des systèmes en téléradiologie : panorama des initiatives en région et recommandations. Collection études. Novembre 2009.
13. Salles N. Télémedecine en EHPAD : les clés pour se lancer. Le Coudrier Éditions. 9 octobre 2017.
14. Alami H, Lamothe L et al. L'implantation de la télésanté et la pérennité de son

utilisation au Canada : quelques leçons à retenir. European Research in Telemedicine. Décembre 2016 ; 5 (4) : 105-117.

15. CNOM. Télé médecine : les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Janvier 2009.

16. HAS. Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télé médecine. Juin 2013.

17. Simon P. Des pratiques de télé médecine pour structurer le projet médical partagé d'un groupement hospitalier de territoire. European Research in Telemedicine. Septembre 2016 ; 5 (3) : 71-75.

18. Buliński L, Błachnio A. Health in old age, and patients' approaches to telemedicine in Poland. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 7 juin 2017 ; 24 (2) : 322-328.

19. Chamaret S. Quelles sont les conditions d'acceptabilité sociale d'un nouvel outil de télé médecine dans des EHPAD de la région Centre ? Thèse de doctorat de Médecine Générale de l'Université de Tours soutenue le 19 juin 2014.

20. Dubois C, Penven P et al. LAB 3 : L'expérience de la télé médecine mise au service de la prise en charge des personnes âgées. 36 heures chrono pour faire avancer la santé numérique. 2016.

21. Haw-Shing L. Programme "Télé médecine en EHPAD" en Gironde : enquête de satisfaction en médecine générale. Thèse de doctorat médecine générale de l'Université de Bordeaux soutenue le 19 octobre 2016.

22. Salles N, Baudon M-P et al. Consultation de télé médecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres. European Research in Telemedicine. 1 novembre 2013 ; 2 (3-4) : 93-100.

23. Durupt M, Bouchy O et al. La télé médecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique. Juillet-Août 2016 ; 28 (4) : 487-497.

24. Espinoza P. La télé médecine et le médecin généraliste libéral en EHPAD. Table ronde "Les liens ville-hôpital". ANTEL (Association Nationale de Télé médecine). 9 Octobre 2012.

25. Ameli. Télé médecine : l'accord conventionnel est signé. 27 juin 2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/telemedecine-laccord-conventionnel-est-signé>.

26. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

27. ManagerSanté. Le Financement des pratiques de Télé médecine en France est déverrouillé. 1er mai 2017. Disponible sur : <https://managersante.com/2017/05/01/le-financement-des-pratiques-de-telemedecine-en->

28. Esterle L, Mathieu-Fritz A, Espinoza P. L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? Revue Française des Affaires Sociales. 16 décembre 2011 ; 2 : 63-79.
29. Mathieu-Fritz A, Smadja D, Espinoza P, Esterle L. Télémedecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria. Gérontologie et Société. 6 juillet 2012 ; 141 (2) : 117-127.
30. Esterle L et Mathieu-Fritz A. Teleconsultation in geriatrics : impact on professional practice. International Journal of Medical Informatics. Août 2013 ; 82 (8) : 684-695.
31. Mangematin V. La confiance : un mode de coordination dont l'utilisation dépend de ses conditions de production. Université Pierre Mendès France Grenoble. 1998.
32. Batifoulier P et Domin J-P. Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire. Revue de la régulation : capitalisme, institutions, pouvoirs. 2015 ; 17.
33. Mathieu-Fritz A. Pour une exploration des mondes de la télémedecine. L'analyse des dynamiques professionnelles au prisme des activités de travail. Habilitation à Diriger des Recherches soutenue le 6 décembre 2016 à l'IEP (Sciences Po) de Paris.
34. Canipel L. La télémedecine, ciment de l'équipe de soins : quel effet sur les pratiques des IDE ? European Research in Telemedicine. Décembre 2016 ; 5 (4) : 163-166.
35. Baracat E, De Carpentier F. Evaluation d'un dispositif de télémedecine - Télégéria : Les Nouvelles Technologies au service des Personnes Agées. École des Mines de Paris. 2007.
36. Desbordes M. Présentation d'un protocole de télémedecine, de coopération entre professionnels d'une équipe mobile de psychiatrie pour personnes âgées, intervenant en EHPAD. 13ème rencontre de géronto-psychiatrie et de psycho-gériatrie en Anjou. 3 novembre 2016.
37. Desbordes M, Nebout S et al. La télémedecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 octobre 2015 ; 15 (89) : 270-273.
38. Bonnans V, Droz-Bartholet L et al. Mise en œuvre d'un service de télédermatologie en Franche-Comté (France). European Research in Telemedicine. Décembre 2012 ; 1 (3-4) : 96-103.
39. Iugulescu-Lestrade R. Téléconférence et visioconférence ou les paradoxes des outils de simplification des réunions. Revue Française d'Administration Publique. 3 juin 2016 ; 1 (157) : 105-116.
40. ARS Centre-Val de Loire. Magazine e-santé Centre N°1. Janvier 2017.

41. Fritz-Mathieu A, Esterle L et Espinoza P. Les téléconsultations médicales en gériatrie. Soins Gériatrie. Janvier 2012 ; 93 : 24-27.
42. Tesnière A, Blanchère JP et Dompmartin A. La télémédecine : une application de choix pour la dermatologie. Elsevier Masson Blog. 20 mars 2017. Disponible sur : <http://www.blog-elsevier-masson.fr/2017/03/telemedecine-application-de-choix-dermatologie/>.
43. Tesnière A, Leloup P et al. Avis dermatologiques à distance : une enquête interrégionale. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. 1er février 2015 ; 142 (2) : 85-93.
44. Nielson C, West C et Shimizu I. Review of digital image security in Dermatology. Dermatology Online Journal. 16 octobre 2015 ; 21 (10).
45. Nourhashémi F. Hospitalisations aux Urgences des résidents d'EHPAD. Congrès National des unités de soins Alzheimer. 2017.
46. Code de la santé publique - Article L1435-8. Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 10.
47. Dantoine T, Blond A et al. Évaluation de l'impact d'un dispositif de Télémédecine (DTM) sur la prévention des hospitalisations aux urgences des résidents d'EHPAD âgés polyopathologiques. GERONTOACCESS. 10èmes journées départementales de Gériatrie de la Haute-Vienne. 14 novembre 2014.
48. Hui E et Woo J. Telehealth for older patients : the Hong Kong experience. Journal of telemedicine and telecare. 2002 ; 8 (3) : 39-41.
49. Sparsa A, Doffoel-Hantz V et Bonnetblanc J-M. Une expérience de téléexpertise en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Annales de Dermatologie et de Vénérologie. Mars 2013 ; 140 (3) : 165-169.
50. Brignell M, Wootton R et Gray L. The application of telemedicine to geriatric medicine. Age and Ageing. 1er juillet 2007 ; 36 (4) : 369-374.
51. Narasimha S, Agnisarman S et al. Designing Home-Based Telemedicine Systems for the Geriatric Population : An Empirical Study. Telemedicine and e-Health. Février 2018 ; 24 (2) : 94-110.
52. ARS Centre Val de Loire. Décryptage - Les financements. Magazine e-santé Centre N°2. Octobre 2017.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

THÈSE D'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

"Ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémédecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, gérontopsychiatrie de liaison et dermatologie"

Généralités :

Quelle est votre expérience de la télémédecine, concernant la téléconsultation, le téléstaff, la téléexpertise ? (en vous appuyant sur votre pratique personnelle ou sur les retours d'expérience auprès d'autres collègues qui la pratiquent également).

Pourquoi vous êtes-vous "lancés" dans la télémédecine ?

Qui a été à l'origine du projet de télémédecine en EHPAD auquel vous participez ?

Comment s'organisent concrètement une téléconsultation, un téléstaff, une téléexpertise ? Qui en fait la proposition ? Où cela se passe-t-il (chambre du résident, bureau dédié etc.) ?

Les professionnels impliqués :

Un acte de télémédecine a-t-il toujours lieu avec l'aval du médecin traitant ? Les médecins traitant y assistent-ils ? Demandent-ils d'eux-mêmes des avis de télémédecine actuellement ou cela se fait-il toujours via le médecin coordonnateur et les paramédicaux ? Comment reçoivent-ils le compte-rendu de télémédecine ? Sont-ils satisfaits de la télémédecine ? Trouvent-ils que cela donne un accès plus rapide au spécialiste ? Cela améliore-t-il leurs relations avec l'équipe de l'EHPAD ?

Qui participe aux séances de télémédecine ? Avec quels autres professionnels de santé, médecins ou paramédicaux, travaillez-vous dans le cadre de la télémédecine dans votre EHPAD ?

Les résidents et les familles :

Comment les résidents vivent-ils la téléconsultation ? La téléexpertise ? Notamment les patients déments ou sourds ? Y a-t-il une déshumanisation ?

Comment les résidents apprécient-ils la suppression du déplacement en consultation grâce à la télé médecine ?

Quel est le ressenti des résidents vis-à-vis des délais pour obtenir un avis spécialisé ? Les résidents (ou leur représentant légal) donnent-ils facilement leur consentement pour l'organisation d'actes de télé médecine ?

Comment les familles des résidents vivent-elles l'utilisation de la télé médecine pour leurs proches ? Quel est leur ressenti vis-à-vis de la qualité des soins ? Assistent-elles aux téléconsultations ?

Effets de la télé médecine en EHPAD :

Quelles pathologies sont prises en charge avec la télé médecine en EHPAD ?

En quoi la télé médecine est-elle qualitativement différente de la médecine présenteielle classique ? En quoi l'exploitation des connaissances de toute l'équipe soignante autour du patient est-elle intéressante ?

Quelle nouveautés dans l'entretien médical la télé médecine apporte-t-elle ? Qu'en est-il de la nécessaire confiance entre professionnels de santé interagissant entre eux "aux deux bouts de la caméra" ? Comment se passe la délégation de l'examen physique ? Qu'en est-il du partage de la responsabilité médicale ? Comment la télé médecine influe-t-elle sur la qualité de préparation des dossiers des résidents ?

En quoi la télé médecine influence-t-elle le facteur temps ? Est-elle chronophage ou permet-elle au contraire un gain de temps ? Combien de temps durent une téléconsultation, un téléstaff ou une téléexpertise ?

En quoi la télé médecine modifie-t-elle la perception de leur propre métier par les médecins, infirmiers, aides-soignants (ou tout autre professionnel de santé en EHPAD) ? Y a-t-il un sentiment d'être plus écouté grâce à la télé médecine ? Y a-t-il une amélioration de la qualité de vie au travail des équipes d'EHPAD (professionnels médicaux et paramédicaux) ?

La télé médecine change-t-elle quelque chose concernant les transmissions entre paramédicaux ?

En quoi la télé médecine modifie-t-elle la formation continue des professionnels de santé intervenant en EHPAD ? Y a-t-il une amélioration des pratiques ?

Les recommandations données via la télé médecine sont-elles plus suivies qu'en médecine présenteielle classique ?

En quoi la télémédecine modifie-t-elle la sensation de solitude ou d'isolement des équipes d'EHPAD (professionnels médicaux et paramédicaux) ? Peut-on parler de décroisement ville-hôpital grâce à la télémédecine ?

En quoi la télémédecine permet-elle de faire d'éventuelles économies financières (transports, matériel etc.) ?

En quoi la télémédecine influe-t-elle sur les hospitalisations des résidents ? En quoi la télémédecine influe-t-elle sur le nombre de passages aux urgences des résidents ?

La télémédecine dans un EHPAD est-elle un facteur de recrutement de professionnels paramédicaux ou médicaux au sein de cet EHPAD ?

Quelles sont les difficultés rencontrées en télémédecine en EHPAD ? Difficultés techniques : difficultés d'adaptation aux nouvelles technologies ? connexion internet ? plateforme informatique COVOTEM ? chariot de télémédecine ? difficultés liées au facteur humain ? Y a-t-il un manque d'information des EHPAD sur les possibilités de la télémédecine ?

Conclusion :

Quelles sont les perspectives de la télémédecine en EHPAD ?

Enfin, quelles sont les répercussions de la télémédecine sur votre mode de travail et sur celui de l'équipe soignante de l'EHPAD que vous n'auriez pas encore abordées dans cette interview ?

Annexe 2 : Copie du mail certifiant la conformité de cette thèse avec la CNIL

RE: Enregistrement thèse au CNIL

 **Correspondant C.N.I.L.** <cil@chu-tours.fr>
15delepine 15delepine

17/9/2018 13:09 

Réponse rapide Répondre à tous Transférer Supprimer Mettre en liste blanche Mettre en liste noire 

►  Pièces jointes (2) Vue Télécharger

Afin de contribuer au respect de l'environnement,
merci de n'imprimer ce courriel qu'en cas de nécessité. 

Bonjour,

J'ai enregistré votre traitement informatique dans le "fichier des fichiers" du C.H.R.U. sous le n° 2018_109.
Vous êtes en règle vis-à-vis de la CNIL.

Pour information
L'entrée en vigueur du RGPD le 25/05/2018 a mis fin à la fonction de CIL. Le CIL est remplacé par le DPO. Pour le moment, j'assure la transition mais à l'avenir, pour les questions concernant la CNIL, il faudra vous adresser au DPO du C.H.R.U. de Tours :

Docteur LAGARRIGUE François
Tel : 7 94 06
F.LAGARRIGUE@chu-tours.fr

Cordialement

Eric TRIPAULT
Pôle Finances, Facturation Système d'information
Hôpitaux de Tours
Tél : 02 47 47 84 46
Email : e.tripault@chu-tours.fr



Correspondant Informatique et Libertés : cil@chu-tours.fr

[Intranet](#)

Annexe 3 : Avis favorable du Comité d'Éthique pour cette thèse



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Frédéric Delepine

Titre du projet de recherche: "Ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémédecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, gérontopsychiatrie de liaison, et dermatologie".

N° du projet : 2018 078

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE
- DÉFAVORABLE
- SURSIS A STATUER
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2018 078

A Tours, le 26/09/2018

Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique

2, Bd Tonnelé - 37044 TOURS Cedex 9 - Tél. 02.18.37.08.50
Courriel : espace-ethique@chu-tours.fr

Annexe 4 : Exemple de compte-rendu de téléconsultation

COMPTE-RENDU DE CONSULTATION / D'INTERVENTION

Cher Confrère,

J'ai l'occasion d'évoquer la situation de [REDACTED] né le [REDACTED] lors d'une téléconsultation le [REDACTED] afin d'évoquer la problématique de son refus de soin.

Les antécédents de Monsieur [REDACTED] sont un angor, des troubles cognitifs, diabète de type 2 avec une dernière hémoglobine glyquée à 7,4%, une maladie bipolaire et une insuffisance respiratoire pour laquelle il bénéficie d'une oxygénothérapie nocturne. Il n'y a pas de directives anticipées exprimées jusqu'à maintenant.

Histoire de la maladie : entrée en EHPAD en [REDACTED] immédiatement suivie d'un refus pour la plupart des soins. Refus qui se majore.

Nous reprenons avec l'équipe présente lors de cette téléconsultation l'expression de ses refus de soins :

- **Concernant le refus des prises médicamenteuses**, vous avez en collaboration avec le Docteur [REDACTED] médecin coordonnateur, revu l'ordonnance de Monsieur [REDACTED] et plusieurs médicaments non indispensables ont été arrêtés. A priori les prises médicamenteuses s'effectuent de façon moins compliquées.
- **Concernant les activités proposées à l'EHPAD**, Monsieur [REDACTED] ne s'y rend jamais mais les conséquences ne sont pas bien graves et il est décidé de continuer à lui proposer de participer sans plus.
- **Concernant les prises alimentaires**, même si quelques fois les repas peuvent être un peu compliqués on s'aperçoit que le poids est tout à fait stable ainsi que l'albuminémie raison pour laquelle il est décidé de ne pas insister lors des refus de Monsieur [REDACTED]
- **Concernant l'aide au nursing** qui pose grande difficulté puisque Monsieur [REDACTED] se considère autonome et ne souhaite pas d'aide ce qui pour lui serait une entrée dans la dépendance. Après discussion avec l'équipe, il apparaît que Monsieur [REDACTED] fait en grande partie sa toilette et que l'on peut tout à fait se contenter d'une intervention hebdomadaire pour la douche et que le reste du temps on le laisse complètement tranquille sans aucune sollicitation de la part de l'équipe qui reste bien évidemment à disposition en cas de besoin.
- **Concernant les gestes médicaux techniques** : injection d'insuline contrôlée, glycémie capillaire et mise en place de l'oxygénothérapie nocturne. C'est sur ces 3 points qu'il faut continuer à insister mais il semble que Monsieur [REDACTED] appréciant d'avoir été pris en compte dans son refus pour la plupart des actions précitées accepte ce type de prise en charge.
- **Concernant la réflexion éthique vis-à-vis de ce refus de soins**, l'ensemble de l'équipe de [REDACTED] a parfaitement bien adapté sa prise en charge en allégeant notablement les interventions tout en restant à disposition. Par ailleurs vous avez à juste titre sollicité le service de gériopsychiatrie de la Clinique de [REDACTED] afin d'éliminer un problème de décompensation de sa maladie bipolaire ce qui a été effectivement éliminé lors de l'hospitalisation de janvier.

Au total, la prise en charge de l'équipe de l'EHPAD de [REDACTED] correspond tout à fait au respect de la liberté individuelle Monsieur [REDACTED] et répond à ses besoins.

Bien confraternellement,

Dr [REDACTED] (Gériatre)

Vu, les Directeurs de Thèse

Pr Jean ROBERT :



Dr Bernard BURON :



The stamp is circular with a blue border. Inside the border, the text "Département de Sociologie" is written at the top and "Université de Tours" at the bottom, separated by two small stars. In the center of the stamp, the letters "UT" are prominently displayed.

**Vu, le Doyen
de la faculté de médecine de Tours
Tours, le**

RESUME :

Introduction : L'évaluation scientifique et sociologique Pro.Mé.Té tente depuis 2012 de comprendre comment les professionnels de santé s'approprient la télémédecine, notamment en EHPAD où son arrivée impacte le fonctionnement de l'équipe soignante dans son ensemble.

Matériel et méthode : L'analyse qualitative était la plus appropriée. Nous avons interviewé un échantillon raisonné de professionnels de santé pratiquant la télémédecine dans trois EHPAD d'Indre et Loire, ainsi que trois médecins spécialistes correspondants de ces EHPAD et un membre de l'ARS.

Résultats : Le déploiement est lent. Les problèmes techniques sont limitants, notamment la connexion Wi-Fi. Les médecins traitants participent peu, déléguant au médecin coordonnateur. L'équipe paramédicale est valorisée. Il y a une meilleure formation continue. Il y a un désenclavement en ruralité. La téléconsultation gériatrique est de meilleure qualité. Le téléstaff de gérontopsychiatrie de liaison est de moins bonne qualité. La téléexpertise, notamment en dermatologie, est performante. La perception des résidents semble très favorable. Il n'y a pas de prise en charge des urgences.

Discussion : Une revue de la littérature retrouve des conclusions proches des nôtres. Les modalités de rémunération viennent d'être modifiées, elles impacteront le déploiement de la télémédecine.

Conclusion : La télémédecine en EHPAD est une réalité concrète en Indre et Loire, malgré des débuts modestes.

Mots clés : Télémédecine ; EHPAD ; Ressenti des professionnels de santé.

DELÉPINE Frédéric

Thèse n°

93 pages – 1 tableau – 1 illustration

Résumé :

Introduction : L'évaluation scientifique et sociologique Pro.Mé.Té tente depuis 2012 de comprendre comment les professionnels de santé s'approprient la télémédecine, notamment en EHPAD où son arrivée impacte le fonctionnement de l'équipe soignante dans son ensemble.

Matériel et méthode : L'analyse qualitative était la plus appropriée. Nous avons interviewé un échantillon raisonné de professionnels de santé pratiquant la télémédecine dans trois EHPAD d'Indre et Loire, ainsi que trois médecins spécialistes correspondants de ces EHPAD et un membre de l'ARS.

Résultats : Le déploiement est lent. Les problèmes techniques sont limitants, notamment la connexion Wi-Fi. Les médecins traitants participent peu, déléguant au médecin coordonnateur. L'équipe paramédicale est valorisée. Il y a une meilleure formation continue. Il y a un désenclavement en ruralité. La téléconsultation gériatrique est de meilleure qualité. Le téléstaff de gérontopsychiatrie de liaison est de moins bonne qualité. La téléexpertise, notamment en dermatologie, est performante. La perception des résidents semble très favorable. Il n'y a pas de prise en charge des urgences.

Discussion : Une revue de la littérature retrouve des conclusions proches des nôtres. Les modalités de rémunération viennent d'être modifiées, elles impacteront le déploiement de la télémédecine.

Conclusion : La télémédecine en EHPAD est une réalité concrète en Indre et Loire, malgré des débuts modestes.

Mots clés : Télémédecine ; EHPAD ; Ressenti des professionnels de santé.

Jury :

Président du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, CHU – Tours

Directeurs de thèse :

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Bernard BURON, Sociologie, Enseignant Chercheur, Faculté de Sociologie – Tours

Membres du Jury :

Docteur Joëlle BLEUET, Gériatrie, PH, CHU – Tours

Docteur Thomas DESMIDT, Psychiatrie, CHU – Tours

Professeur Wissam EL-HAGE, Psychiatrie, CHU – Tours

Professeur Bertrand FOUGÈRE, Gériatrie, CHU – Tours

Docteur Jean-Philippe FOUQUET, Sociologie, Ingénieur de Recherche, Faculté de Sociologie – Tours

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PE, Faculté de Médecine – Tours

Date de soutenance : mardi 11 décembre 2018