Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences

Claire Haller

▶ **To cite this version:**

Claire Haller. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01878226

HAL Id: dumas-01878226
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878226

Submitted on 20 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

HAL
archives-ouvertes.fr

Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences

Claire Haller

▶ **To cite this version:**

Claire Haller. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-01878226>

HAL Id: dumas-01878226
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878226

Submitted on 20 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018 N° 15

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 2018

Par Claire HALLER

Née le 26 juin 1988 à Bordeaux

Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences

Sous la direction du Docteur Aurélie LAFARGUE

Jury

Professeur Nathalie SALLES……....Présidente

Docteur Christophe ADAM……..Rapporteur

Docteur Claire ROUBAUD-BAUDRON…….……Membre

Docteur Aurélie LAFARGUE……...Directrice de thèse

Docteur Charlie MARTINEZ……Membre

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018 N° 15

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 février 2018

Par Claire HALLER

Née le 26 juin 1988 à Bordeaux

Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences

Sous la direction du Docteur Aurélie LAFARGUE

Jury

Professeur Nathalie SALLES……....Présidente

Docteur Christophe ADAM……..Rapporteur

Docteur Claire ROUBAUD-BAUDRON…….……Membre

Docteur Aurélie LAFARGUE……...Directrice de thèse

Docteur Charlie MARTINEZ……Membre

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Nathalie SALLES,

Professeur universitaire et praticien hospitalier, gériatre à l'hôpital Xavier Arnozan, CHU de Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Maître de conférences associé au département de médecine générale, médecin généraliste à Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être mon rapporteur de thèse. Je vous remercie pour les remarques apportées à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Claire ROUBAUD-BAUDRON,

Maître de conférences des universités et praticien hospitalier, gériatre à l'hôpital Xavier Arnozan, CHU de Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Aurélie LAFARGUE,

Praticien hospitalier, gériatre à l'hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux

Tu m'as fait l'honneur de m'accompagner lors de cette thèse, ta présence étant constante du début à la finalisation de ce travail. Un grand merci pour ton regard juste, tes remarques pertinentes et tes encouragements. J'ai beaucoup aimé travailler sous ta direction, avec ta douceur et ta bonne humeur. Tu as été un super coach !!

A Monsieur le Docteur Charlie MARTINEZ,

Néphrologue à la clinique Saint-Augustin

Merci d'être là aujourd'hui pour juger mon travail. Tu as aussi été présent lors mon internat, comme chef de clinique en médecine interne au CHU de Bordeaux. Ces 6 mois de stage passés à tes côtés ont été très formateurs. Tu m'as appris la rigueur dans le travail et la perspicacité dans le raisonnement clinique. Grâce à toi et Pierre DUFFAU, j'ai aussi découvert des maladies improbables, des anticorps inconnus…le tout avec sérieux et rires ! C'est tout naturellement que j'ai souhaité avoir ton regard juste sur ma thèse.

A Madame Tamara ROBERTS,

Sociologue chercheur à l'ISPED de Bordeaux

Merci pour ton aiguillage au démarrage de ce travail. Merci d'avoir rendu le travail d'étude qualitatif moins hostile et d'avoir répondu favorablement à mes nombreuses sollicitations !!

A l'ensemble des médecins qui ont participés à cette étude, médecins coordonnateurs et médecins généralistes. Un grand merci pour vos témoignages, pour votre confiance, pour votre accueil et le temps que vous m'avez accordé. Vous m'avez permis d'effectuer ce travail et cela avec plaisir.

A l'ensemble de mes maîtres de stage, qui m'ont apporté beaucoup professionnellement mais aussi humainement. Votre expérience, vos avis, vos astuces me sont utiles au quotidien et tout au long de ma carrière.

A mes parents,

Maman, sans qui je ne serai pas médecin aujourd'hui. Merci pour ta tendresse bienveillante, merci pour le partage de ton métier que tu m'as transmis, merci pour tes encouragements. Ton regard très juste sur ce travail m'a interrogé à de nombreuses reprises. Il y a 30 ans tu prêtais serment ici-même, c'est avec une grande fierté que je suis tes pas.

Papa, mon premier supporter, présent à tout épreuve, quelle chance de t'avoir ! Tu m'as appris la persévérance dans le travail, à l'école de la musique ou du sport, le plaisir vient toujours après l'effort.

Merci pour ce que vous nous avez transmis : apprendre à être curieux de ce qui nous entoure, avancer toujours avec dynamisme, s'entourer de gens qu'on aime, savourer le bonheur et sourire à la vie !!

A mon frère,

Mon Simon ; que je n'aurai jamais assez fini de remercier et qui pourtant est absent ce jour, retenu par son travail. Malgré le charabia que pouvait représenter cette thèse, tu t'es attelé des heures entières, avec patience et calme, à rendre ce travail présentable me sortant des méandres de Word.

A ma sœur,

Ma Laure ; pour ne pas citer un surnom qui nous est unique ; un grand merci d'être là aujourd'hui, comme au premier jour de ces études de médecine que nous avons partagées ensemble. Toujours le mot qui donne le sourire, toujours le conseil bien placé, toujours les bras tendus, toujours à fond, mais jamais le fou rire de trop. Je te souhaite tout le meilleur dans la fin de ton internat de gynécologie à Strasbourg et suis fière de ton parcours déjà accompli avec le brio qui te caractérise.

A mes amies de toujours,

Aux bordelaises Héléna, Audrey, Sophie ; merci pour votre amitié et vos encouragements tout au long de ce travail. Vous m'avez fait rire tous les jours avec vos mots reçus pendant l'écriture de ma thèse. Des belles amitiés, comme on aime en avoir. Merci d'être là et à très vite pour la suite de nous 4 et plus !

Mimi, Elo, Julie, Marthe, Juju, Elsa ; toutes se reconnaîtront une par une, vous qui prenez une place particulière dans mon cœur. Mes amies de longue date, avec qui nous partageons joies et difficultés, moments uniques, soirées privilégiées, voyages, vélo, montagne, danse, foi… et la suite est encore à venir. Merci pour votre amitié fidèle, à bientôt pour de nouvelles aventures !

A Mathilde & Hugues,

Vous disiez qu'être médecin était le plus beau métier du monde, mais vous avez finalement préféré donner votre vie ailleurs. Merci d'être mes anges gardiens.

A Vincent, mon éternel ami, loin des yeux mais près du cœur, si vrai à dire. Merci d'être toi !!

A mes amis de l'externat,

De la P2 à maintenant, du WEI au CS, des fêtes de Bayonne à la Réunion, de soirée en dîner, de week-end en vacances…et le mieux c'est que ce n'est pas fini ! Jojo, Oihan, Thomas, Charlotte, Richou, Laura, Maxime, Vincent, Elo, Cécile et Kanav… Grâce à vous, ces années d'externat ont été une vraie joie ; de francs moments de rigolade, de complicité et d'amitiés durables ; des années d'étudiantes comme j'avais imaginé !

Aux bergeracois,

A ma Monette, l'indescriptible danseuse, frisée, drôle et naturelle qu'on ne peut qu'adorer ; à Amandine qui me fait tant rire ; à Mathilde et Ben co-internes des premiers mois avec qui nous nous sommes serrés les coudes, à Mus' pour tes attentions, ton humour et pour nous

avoir fait découvrir là-bas ; à ma chère Isa, Fabien, Marion, Nico, avec qui j'ai passé le meilleur semestre d'internat de ma vie !!

A tous les autres copains de l'internat que je n'oublie certainement pas,

De Périgueux, à Bayonne en passant par Agen… avec qui nous avons (re)découvert l'Aquitaine de haut en large, des plages aux sommets, en canoë ou à vélo, de courses à pied aux cours de dégustation, de soirées déguisées aux soirées de Noël… Merci pour ces moments partagés uniques !

A mes co-externes et co-internes au fil des stages,

Vous avez su rendre nos journées de travail agréables où nous partagions l'enseignement et les coups de stress mais aussi les pots de départ !!

A Amaury,

Merci pour ta patience et ta relecture pointilleuse mais très juste sur ce travail. Merci d'être tout simplement là et de m'ouvrir les yeux à notre avenir. J'espère que nos projets nous rendront heureux et toujours plus fort pour aller de l'avant ensemble. A nous l'aventure à deux !!

LISTE DES ABREVIATIONS

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources
ARS	Agence Régionale de la Santé
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRM	Centro Internazionale Radio Medico
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
ETT	Echocardiographie Trans Thoracique
GCS	Groupe de Coopération Sanitaire
GIR	Groupe Iso Ressource
HAS	Haute Autorité de Santé
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE(C)	Infirmière Diplômée d'Etat (Coordinatrice)
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPSOS	Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales
ISPED	Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement
HPST	Hôpital Patient Santé et Territoire

NASA	National Aeronautics and Space Administration
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
WIFI	Wireless Fidelity
WONCA	World Organization of Family Doctors

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 14

II. CONTEXTE DE L'ETUDE 15

A. La télémédecine 15

1. Définition 15
2. Dates-clés 15
3. Cadre législatif de l'exercice de la télémédecine en France 16
4. Applications de la télémédecine en France 17

B. Place du médecin généraliste dans l'exercice de la télémédecine 22

1. Définition du médecin généraliste 22
2. Les devoirs déontologiques du médecin exerçant un acte de télémédecine 23

C. Le patient en EHPAD 24

III. MATERIELS et METHODOLOGIE 26

A. Objectifs de l'étude 26

B. Méthodologie 26

C. Population de l'étude 27

D. Le guide d'entretien 28

E. Déroulement des entretiens 29

F. Retranscription et codage 29

G. Calendrier de l'étude 30

IV. RESULTATS 32

A. Caractéristiques des interviewés 32

B. Analyse thématique 33

1. Profil de la population étudiée 35
2. Pratiques professionnelles usuelles des médecins généralistes pour une demande d'avis médical 39
3. Avis et retours d'expériences sur le dispositif de télémédecine 45
4. La télémédecine vue par le médecin : vécu des soignants et des patients 56
5. Place de la télémédecine dans le parcours de soins et ses perspectives d'avenir 64

V. DISCUSSION 68

A. Discussion de la méthode 68

1. Rappel des objectifs 68
2. Le choix de la méthode qualitative 68
3. Validité interne 69
4. Validité externe 70
5. Biais d'investigation 70
6. Biais d'interprétation 70

B. Discussion des résultats 71

1. Médecins généralistes et personnes âgées 71
2. Les pratiques professionnelles dans la demande d'avis médical 76
3. Faire rentrer la télémédecine dans les habitudes de travail est un challenge 79
4. La télémédecine : un outil méconnu qui ne demande qu'à être promu 84
5. Le patient, le premier bénéficiaire de la télémédecine 86
6. Les soignants, valorisés dans leur exercice 88
7. Freins et leviers à l'usage de la télémédecine dans la demande d'avis en EHPAD .. 89

8. La coordination des projets et l'encadrement des utilisateurs : un rôle clef..... 94
9. La télémédecine : une solution économique ?..... 95
10. La télémédecine est-elle une solution à la désertification médicale ?..... 96

VI. CONCLUSION 98

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 100

VIII. ANNEXES..... 107

A. Annexe 1 : E-mail adressé aux interviewés..... 107

B. Annexe 2 : Guide d'entretien 108

C. Annexe 3 : Exemple d'entretien 112

IX. SERMENT D'HIPPOCRATE 123

« Les médecins ont de tout temps adopté les techniques nouvelles qui faisaient la preuve de leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients. »

Laennec, 1816

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la génération des « baby-boomers » s'accompagne d'un vieillissement de la démographie médicale. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la France compterait en 2050, 12,1 millions de personnes âgées de plus de 75 ans soit 16,4 % de la population, contre 9,0 % en 2013 (1). La société devra alors faire face à un accroissement de personnes âgées en état de perte d'autonomie et de dépendance.

Dans le même temps, la répartition des médecins sur le territoire devient très inégale, les centres de soins de proximité disparaissent et l'accès à la médecine générale et aux avis spécialistes devient difficile.

Face à un besoin accru de soins auquel répond une offre quantitativement déclinante, l'accent doit être mis sur la performance du système de santé. De nombreux outils de communication sont mis en place pour faciliter la coordination des soins entre la ville et l'hôpital. Les nouvelles technologies cherchent à apporter des réponses pratiques et novatrices en améliorant la sécurité, les soins et les services aux personnes âgées.

Dans le cas plus spécifique de la population vieillissante de Gironde, il a été décidé d'intégrer dans certains Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) une communication médicale au moyen de la télémédecine ; l'objectif étant de faciliter l'accès à l'avis du médecin spécialiste, grâce à la téléconsultation et la téléexpertise.

Il était donc intéressant de recueillir le point de vue des médecins généralistes girondins depuis l'arrivée de la télémédecine dans leur quotidien. Notre étude qualitative a analysé leurs opinions, attentes et expériences afin de mettre en lumière les freins et leviers à l'usage de ce nouvel outil.

II. CONTEXTE DE L'ETUDE

A. La télémédecine

1. Définition

La télémédecine a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1997 comme étant *« la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements audio et vidéo), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique »* (2).

2. Dates-clés

- 1905 : Transmission d'électrocardiogrammes par voie téléphonique en Europe réalisée par le prix Nobel de Médecine Willem Einthoven (3).

- 1935 : Création d'un service de radio d'assistance médicale internationale aux bateaux basé au Centro Internazionale Radio Medico (CIRM) à Rome (4).

- 1959 : Premières téléconsultations par télévision interactive. Elles se déroulent dans le cadre de la télépsychiatrie aux Etats-Unis (5).

- Années 70 : Les travaux de la National Aeronautics and Space Administration (NASA) ont largement contribué à l'expansion de la télémédecine, en améliorant les communications avec des zones reculées ou inaccessibles via le réseau satellite (6).

- Années 90 : Avec l'ère d'Internet et du réseau haut débit, l'offre de télémédecine s'est étoffée avec l'apparition des Technologies de l'Information et de la Communication.

3. Cadre législatif de l'exercice de la télémédecine en France

C'est tout d'abord en 2004, à l'occasion de la réforme de l'assurance-maladie, que la télémédecine a été citée comme acte médical à distance par l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 : *« la télémédecine permet entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical »* (7).

En 2009, dans le cadre de la réforme de l'organisation des soins, la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a apporté une clarification juridique à la télémédecine : *« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.*

Elle permet, d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, 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 ou 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 et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » (8).

. Ce n'est qu'un an plus tard, le 19 octobre 2010, que le décret d'application n°2010-1229 de cette loi a été effectif, avec la publication de l'article R6316-1 du Code de Santé Publique, définissant plus précisément les différents actes de télémédecine (9) décrits ci-dessous.

4. Applications de la télémédecine en France

Cette loi HPST, différencie plusieurs éléments (10) :

- La téléconsultation *« qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient (...) ».*
- La téléexpertise *« qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux 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 ».*
- La télésurveillance, qui est l'utilisation des télécommunications dans le but de surveiller des indicateurs de l'état de santé d'un patient.
- La téléassistance médicale, qui a pour vocation de permettre à un praticien d'assister un autre médecin dans la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale lors des appels passés auprès du SAMU ou des centres 15.

La volonté politique de développer la télémédecine sur le territoire national français s'est concrétisée par l'élaboration d'un plan lancé par le Ministère de la Santé et piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en Mars 2011.

Elle a identifié cinq domaines d'application prioritaires de la télémédecine :

- La permanence des soins en imagerie médicale
- La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux
- La santé des personnes détenues
- La prise en charge des maladies chroniques
- Les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (11).

Les treize régions ont toutes intégré à leur Programme Régional de Santé un Programme Régional de Télémédecine.

Depuis le démarrage du 2ème Pacte Territoire Santé en 2015, la Nouvelle Aquitaine a bénéficié d'une levée de fond de 40 millions d'euros pour la mise en place de la télémédecine (12).

Neuf projets sont en cours avec la collaboration de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et du réseau Groupe de Coopération Sanitaire (GCS) télésanté Aquitaine :

- Télémédecine en EHPAD
- Téléthrombolyse
- Téléradiologie
- Télépsychiatrie
- Télésurveillance des Dispositifs Médicaux Implantés et Communicants (pacemaker, défibrillateur)
- Télédialyse
- Surveillance des patients en cancérologie
- Téléconsultation dans les centres de détention
- Téléexpertise (e-dermatologie, ECG, EEG, examen rétinographique, diagnostic bucco-dentaire) (13).

L'objectif des téléconsultations en EHPAD répond à la nécessité de faciliter l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes, de repérer leurs problèmes de santé afin de limiter leurs hospitalisations, d'adapter la prise en charge de leurs polypathologies chroniques, de diminuer si possible les coûts des frais de santé et de permettre une téléformation des soignants via le Développement Professionnel Continu.

Depuis 2014, le centre de gérontologie clinique de l'hôpital Xavier Arnozan au CHU de Bordeaux est devenu le premier centre expert gériatrique de la région Aquitaine. Ce service est piloté par le Professeur Nathalie Salles, future présidente de la Société Française de Télémédecine et co-directrice du Diplôme Inter-Universitaire de télémédecine à Bordeaux.

L’échange entre le centre expert et les requérants de l’EHPAD s’effectue essentiellement à partir de la plateforme régionale sécurisée TéléA. Le réseau PaaCo et la messagerie sécurisée ont été intégrés en 2017 notamment pour le suivi des plaies chroniques en télé expertise.

La photo ci-dessous présente le déroulement d’une téléconsultation en EHPAD (photo 1). Le patient, alité sur le fauteuil de la salle de soins est assisté par un soignant. Le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur peuvent être présents.

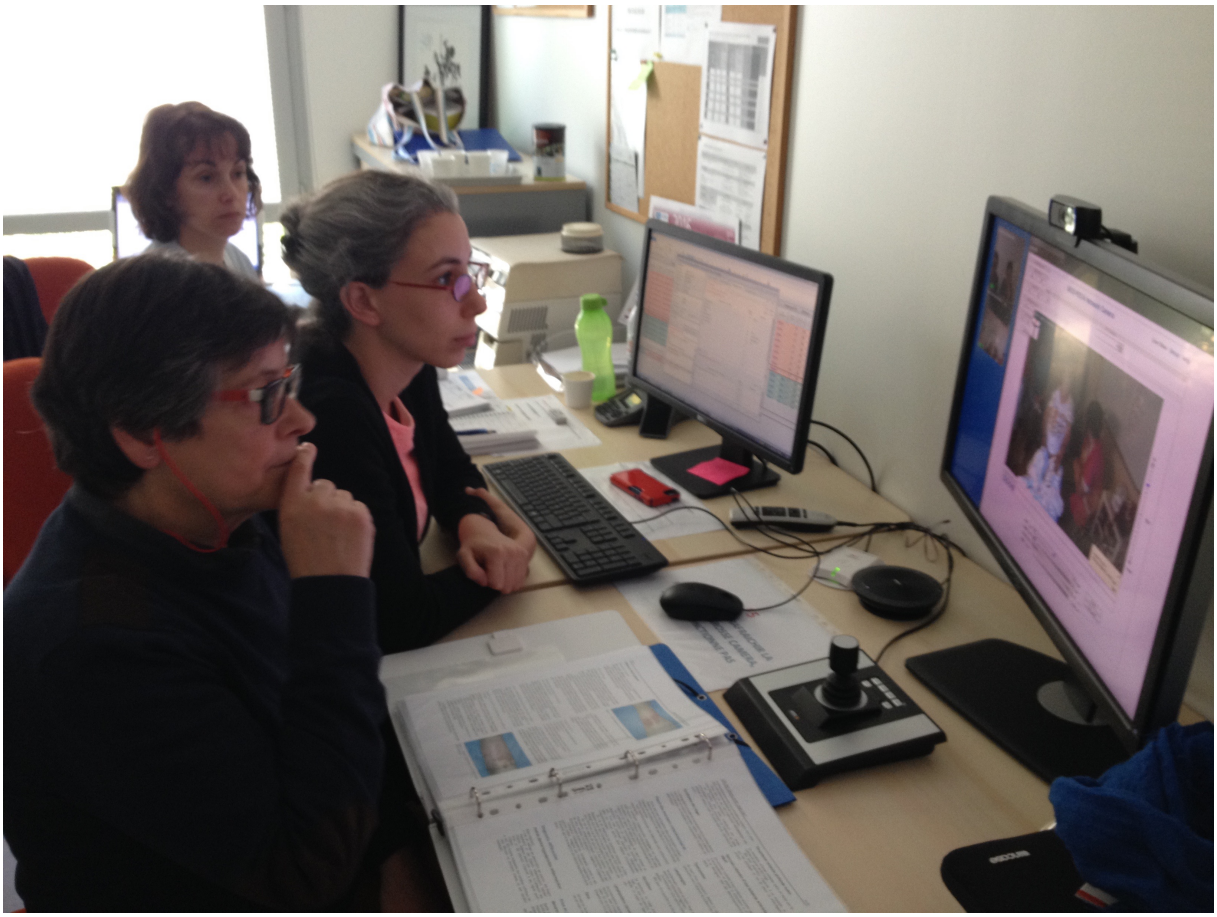
Photo 1 : Déroulement d’une téléconsultation en EHPAD

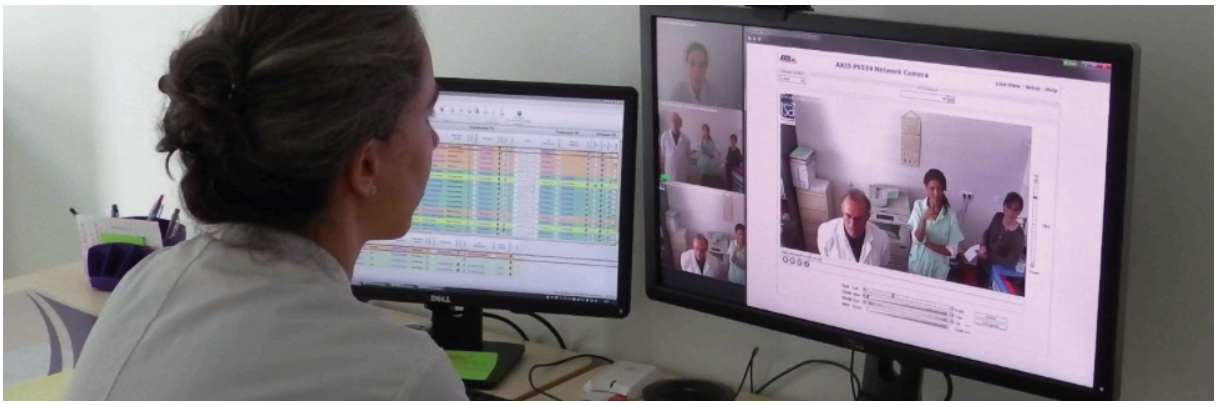
L’appareil de télémédecine côté EHPAD est soit un chariot roulant pouvant se déplacer dans la chambre des résidents (photo 2), soit un chariot fixé dans une salle dédiée (photo 3).

Photo 2 : Le chariot mobile de télémédecine

Photo 3 : Salle de téléconsultation avec équipement fixe

De l'autre côté de la caméra, les spécialistes du centre expert sont présents. Les rendez-vous sont fixés en amont, en fonction de permanences hospitalières (photos 4 et 5).





Photos 4 et 5 : Equipements du centre expert

La télémédecine en EHPAD est actuellement opérante pour les problèmes de plaies chroniques complexe dont les escarres, les situations palliatives, les troubles psycho-comportementaux en lien avec une pathologie neurodégénérative, les pathologies psychiatriques et plus récemment pour les patients atteints d'Hypertonie Déformante Acquise. Ces thématiques ont été sélectionnées en 2014 via un questionnaire soumis par leur Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) aux médecins généralistes de Gironde.

En juin 2017, une cinquantaine d'EHPAD en Aquitaine étaient équipés pour ce programme télémédecine avec plus de 1000 téléconsultations déjà effectuées.

B. Place du médecin généraliste dans l'exercice de la télémédecine

1. Définition du médecin généraliste

La médecine générale est une discipline large et difficile à définir tant ses domaines d'actions sont divers. La Société Européenne de Médecine Générale-Médecine de famille (Branche Europe de la WONCA) a défini la médecine générale en 2002 comme suit :

« Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences

professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » (14).

2. Les devoirs déontologiques du médecin exerçant un acte de télémédecine

Depuis l'arrivée de la télémédecine dans l'exercice médical, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a dû encadrer la place du médecin pratiquant la télémédecine et a émis 12 préconisations du devoir déontologique :

1. La réalisation d'un acte de télémédecine doit être fondée sur une nécessité justifiée par l'absence dans la proximité géographique du patient d'une offre de soins similaire de même qualité.

2. Le patient doit être informé de la nécessité, l'intérêt, des conséquences et de la portée de l'acte ainsi que des moyens mis en œuvre pour sa réalisation, et doit donner librement son consentement.

3. Le secret professionnel doit être respecté par toutes les personnes qui assistent le médecin, au cours de cette activité, dans l'obtention des données personnelles de santé, comme dans la circulation et les échanges de ces données, que celles-ci soient cliniques, biologiques, fonctionnelles, anatomiques ou thérapeutiques.

4. Les coopérations entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans un protocole de télémédecine, doivent respecter les champs de leurs compétences réciproques afin que chacun reste responsable de ses actes et de ses décisions.

5. L'acte thérapeutique qui découlerait immédiatement d'un acte diagnostique effectué par télémédecine doit être couvert par la responsabilité médicale du médecin qui le prescrit sans exclure celle du médecin ou du professionnel de santé qui le réalise.

6. La réalisation d'un acte professionnel par télémédecine doit être reconnue et valorisée pour tous les médecins et autres professionnels qui y participent et ne doit pas s'apparenter à une pratique de dichotomie ou de compérage.

7. Tous les professionnels impliqués doivent être en situation d'exercice légal de leurs professions, en France ou sur le territoire de l'Union Européenne. A cet égard, ils doivent être inscrits, en ce qui concerne la France, aux tableaux de leurs Ordres respectifs, et couverts par une assurance en responsabilité précisant le lieu de compétence juridictionnelle.

8. Le médecin, lors d'une activité faisant appel à la télémédecine, doit formuler ses demandes et ses réponses avec toute la clarté indispensable et veiller à leur compréhension par son interlocuteur : médecin, professionnel de santé ou professionnel technique qualifié dans l'usage des instrumentations utilisées.

9. Le médecin doit connaître l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mis en œuvre, et doit faire appel, si besoin, à des tiers compétents dans l'utilisation des technologies les mieux adaptées à la situation.

10. Le médecin doit pouvoir s'assurer de la compétence de ces tierces personnes ainsi que du respect du secret professionnel auquel elles sont aussi personnellement soumises.

11. Les documents générés dans la pratique de la télémédecine doivent être tracés et faire l'objet d'un archivage sécurisé en étant considérés comme partie intégrante des dossiers professionnels des médecins impliqués ou des dossiers d'établissements de santé.

12. Les médecins ayant contribué à un acte de télémédecine doivent consigner dans les conclusions de cet acte que la continuité de la prise en charge et des soins qu'ils ont indiqués seront assurés par des tiers compétents, s'ils ne peuvent y pourvoir eux-mêmes (15).

C. Le patient en EHPAD

Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2015 recensait que 10 % de la population française âgée de plus de 75 ans et un tiers des personnes de plus de 90 ans vivaient en EHPAD. Les résidents ont une moyenne d'âge de 87 ans et 5 mois et sont majoritairement des femmes. Huit personnes sur dix sont en perte d'autonomie et classées en Groupe Iso Ressource (GIR) 1 à 4. 53% de ces résidents dans un état de dépendance avancée (GIR 1 ou 2) (16).

L'état de dépendance se majorant avec l'âge avancé et la polypathologie, le maintien à domicile devient plus précaire avec des contraintes liées au logement, au transport, à l'isolement social et géographique. Malgré l'attachement à ce domicile, certaines personnes préfèrent rejoindre les EHPAD, plus adaptés à leur situation.

Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées pouvant justifier d'un matériel adapté et d'un personnel qualifié permettant d'accueillir des personnes âgées autonomes à dépendantes (17).

En Nouvelle-Aquitaine, on recensait en 2016, 914 EHPAD avec 69 683 lits disponibles pour 669 689 personnes de plus de 75 ans (18).

Les EHPAD se trouvent ainsi confrontés à plusieurs défis : permettre aux résidents de poursuivre leur vie sociale, continuer à assumer leur place dans leur famille, tisser des liens avec des professionnels, dans un cadre de vie collectif souvent contraint et avec des situations de dépendance de plus en plus importantes.

C'est dans ce contexte que la télémédecine cherche à améliorer la qualité de vie des patients en EHPAD en essayant de faciliter le travail des médecins généralistes.

III. MATERIELS et METHODOLOGIE

A. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail de thèse fut d'évaluer la place de la télémédecine dans la coordination des soins entre la ville et l'hôpital et tout particulièrement pour les patients vivant en EHPAD. L'étude cherchait à décrire les représentations, attentes et retours d'expériences de téléconsultation des médecins généralistes.

L'objectif secondaire de l'étude fut d'apporter des leviers pour une meilleure utilisation de cet outil par les médecins généralistes, qui permettraient d'améliorer la coordination des soins.

B. Méthodologie

La question de recherche a impliqué un travail d'analyse et de compréhension approfondi de phénomènes complexes et non quantifiables. En effet, les données à recueillir et à exploiter sont à extraire de la verbalisation d'expériences, opinions et ressentis. Elles ne correspondent pas à des variables mesurables ni quantifiables.

Sur les conseils du Pr Roger Salamon, professeur en biologie humaine et en santé publique à l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) de Bordeaux, la méthode retenue fut une méthode qualitative par théorisation ancrée appliquée aux soins primaires. Cette méthode est spécifiquement adaptée à l'étude, permettant la compréhension et l'interprétation des nouveaux outils selon la perspective des personnes (19). Dans le cadre de la recherche en soins primaires, elle permet d'élaborer des propositions pour l'amélioration des pratiques professionnelles.

Cette étude qualitative a été réalisée sur sept entretiens.

Une recherche bibliographique fut préalablement réalisée concernant le travail en recherche qualitatif, l'écriture d'un guide d'entretien, le déroulement, le codage et l'analyse des entretiens (19–24).

Les entretiens ont été conduits de manière individuelle, en face-à-face, pour mettre en confiance les participants. Ils étaient semi-directifs pour permettre d'explorer et d'approfondir certains sujets, tout en respectant la trame du guide. Un talon sociologique était réalisé à la fin de chaque interview.

C. Population de l'étude

Trois EHPAD girondins équipés de la télémédecine furent inclus dans l'étude. Les trois établissements sont situés dans un rayon de 70 km autour du centre expert du CHU de Pessac.

- un EHPAD urbain : Le Bourgailh (77 lits) situé à Pessac, ville de 61 000 habitants distante de 6 km du centre expert, équipé pour la télémédecine depuis mars 2015.
- un EHPAD semi-urbain : La Tour du Pin (127 lits) situé à Saint-André-de-Cubzac, ville de 10 400 habitants à 30 km de Bordeaux, équipé depuis décembre 2014.
- un EHPAD rural : Jacqueline Auriol (70 lits) situé à Saint-Seurin-sur-Isle, ville de 3 200 habitants à 70 km de Bordeaux, équipé depuis février 2015.

Les médecins coordonnateurs de chaque EHPAD ont été des collaborateurs essentiels dans la sélection des médecins choisis dans l'étude. L'objectif fut d'interroger des médecins aux usages divers de la télémédecine.

L'échantillonnage par choix raisonné était intentionnel de manière à trouver les personnes les plus susceptibles de fournir des données riches en information par rapport au problème étudié (19).

Les critères d'inclusion étaient :

- être médecin généraliste,
- travailler dans l'EHPAD sélectionné,

- suivre au moins 3 patients dans l'EHPAD,
- être recommandé par le médecin coordonnateur.

Les critères d'exclusion étaient :

- une profession autre que médecin généraliste,
- un refus de participation à l'étude.

Les médecins sélectionnés furent contactés par téléphone ou par courrier électronique (Annexe 1). Le sujet du travail de thèse était exposé en quelques mots, indiquant une étude sur la coordination des soins pour les patients en EHPAD, et plus spécifiquement le recours aux nouvelles technologies pour communiquer avec les spécialistes hospitaliers.

Le sujet exact de la thèse n'était volontairement pas mentionné. A toute réponse affirmative, un entretien en tête-à-tête était proposé, à la date et au lieu de convenance du médecin.

D. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien fut réalisé par l'investigatrice en collaboration avec Mme Tamara Roberts, sociologue-chercheur à l'ISPED de Bordeaux, référente pour le projet national d'évaluation du « Territoire de Soins Numérique ». Ce guide a été ajusté au cours des recherches pour améliorer la qualité du recueil des données (Annexe 2).

Le guide était une trame nécessaire à l'investigatrice pour le bon déroulement des entretiens, mais ne devait pas être lu de façon protocolaire pour créer une aisance et une bonne relation avec le médecin interrogé (20).

Après s'être présentée, l'investigatrice rappelait la thématique de l'échange sans préciser le mot « télémédecine » pour ne pas influencer l'interviewé dans son discours. Ensuite elle précisait que l'entretien était anonymisé tout en recueillant son consentement oral.

A la fin de l'entretien, un talon sociologique était effectué. Il s'agissait de poser des questions sociodémographiques aux interviewés pour aider à l'analyse des données. Les caractéristiques demandées étaient : l'âge, le secteur de travail, la date d'installation dans le cabinet médical, le type de structure du cabinet médical (groupe/informatisé/présence d'un secrétariat), la formation spécifique en gériatrie, le nombre de patients suivis dans l'EHPAD.

E. Déroulement des entretiens

Tous les entretiens furent réalisés par l'investigatrice. La directrice de thèse a assisté à un entretien comme observatrice. La sociologue avait au préalable conseillé l'investigatrice sur l'attitude à adopter durant les entretiens pour mettre à l'aise l'interviewé et adopter un écoute active : travail de posture, importance des questions ouvertes, guide d'entretien à ne pas lire textuellement.

Le choix du lieu a été laissé à l'appréciation du médecin, en préconisant un lieu calme et neutre. Sur leur demande, tous les entretiens ont été réalisés dans leur cabinet médical.

Les entretiens se sont déroulés dans le département de la Gironde.

F. Retranscription et codage

Les entretiens furent enregistrés avec l'accord du participant et sous couvert d'anonymat. La retranscription en verbatim a été réalisée par l'investigatrice au fur et à mesure des entretiens de manière intégrale et littérale sous Word. Les signes de communication para- et non-verbaux ont été rapportés.

Au début de la retranscription, les informations du talon sociologique étaient rappelées.

Le ressenti de l'investigatrice concluait la retranscription : son impression sur l'entretien, la description du lieu, son aisance avec l'interviewé.

Toutes ces informations permettaient a posteriori de mieux se replonger dans le contexte et l'ambiance de l'entretien, facilitant le codage et l'analyse.

Par souci de clarté, l'ensemble des retranscriptions n'a pas été intégré à cette thèse. Mais à titre d'exemple, un entretien a été annexé (Annexe 3).

L'analyse des entretiens a été faite par une méthode d'analyse thématique, par théorisation ancrée (24).

Tout d'abord, l'enquêteur se familiarise avec le texte grâce à une lecture répétée des verbatim.

Puis le texte est codé. Le codage consiste à identifier des segments de texte qui présentent une signification spécifique ou unique (unité de sens). Les premiers thèmes émergent alors, obtenus par regroupement des unités de sens (24).

A ce stade, une récurrence des thèmes et une diversité des résultats apparaissent. Une grille d'analyse récapitulative est alors rédigée par l'investigatrice et la sociologue.

Au fil du codage des différents textes, de nouveaux sous-thèmes sont soulevés. Ils sont regroupés, classés, organisés et nommés pour répondre à la question de recherche. Le codage des données a été répertorié manuellement par l'investigatrice.

Le recueil des données s'est limité aux sept entretiens. En effet, cinq autres médecins inclus dans l'étude n'ont pas souhaité participer.

G. Calendrier de l'étude

L'étude s'est déroulée sur 2 ans.

- Janvier 2016 : Elaboration du sujet, constitution d'un groupe de travail avec la Directrice de thèse le Dr A. Lafargue et la sociologue Mme T. Roberts, précision du type d'enquête, sélection des EHPAD, réalisation du guide d'entretien, contacts des médecins coordonnateurs de chaque EHPAD, planification des entretiens avec les médecins interviewés.

- Janvier - Avril 2017 : Réalisation des entretiens, retranscription intégrale en parallèle de chaque entretien. Rédaction de la grille d'analyse puis codage manuel thématique.

- 3ème trimestre 2017 – Février 2018 : Rédaction du présent rapport de thèse avec les résultats et l'analyse de ces derniers, soutenance de thèse.

IV. RESULTATS

A. Caractéristiques des interviewés

Tableau 1 : données du talon sociologique des interviewés

	Secteur de travail	Âge	Nbre d'années d'installation	Cabinet informatisé	Cabinet de groupe	Formation en gériatrie	Nbre de résidents suivis dans l'EHPAD
E1-1	Urbain	65	35	Oui	Oui	Oui (capacité)	6
E1-2	Urbain	52	24	Oui	Oui	Non	4
E1-3	Urbain	60	29	Oui	Non	Non	8
E2-1	1/2 Rural	66	28	Oui	Non	Non	60
E2-2	1/2 Rural	59	25	Non	Non	Non	3
E3-1	Rural	65	39	Oui	Oui	Oui (DU)	6
E3-2	Rural	60	33	Oui	Non	Non	2

E : Entretien

DU : Diplôme Universitaire

Nbre : Nombre

Tous les médecins interrogés étaient des hommes.

Les sept entretiens se sont déroulés entre le 12 janvier 2017 et le 4 avril 2017.

La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes (variant de 17 min à 45 min).

Lors de l'entretien E3-2, le médecin ne suivait plus que deux patients dans l'EHPAD sélectionné. Un patient était décédé récemment.

Cinq autres médecins ont été contactés pour participer à l'étude, mais n'ont pas désiré participer au travail (un médecin n'avait *« rien à dire dessus »*, un autre n'était pas du tout disponible pour prendre du temps avec une thésarde, trois autres n'ont pas répondu aux mails et messages laissés).

B. Analyse thématique

Plusieurs catégories se sont dégagées lors des analyses des sept entretiens. Elles ont été classées en cinq thèmes :

- Le profil de la population étudiée
- Les pratiques professionnelles usuelles des médecins généralistes pour une demande d'avis médical
- Les avis et retours d'expériences sur le dispositif de télémédecine
- La télémédecine vue par le médecin : vécu des soignants et des patients
- La place de la télémédecine dans le parcours de soins avec ses perspectives d'avenir

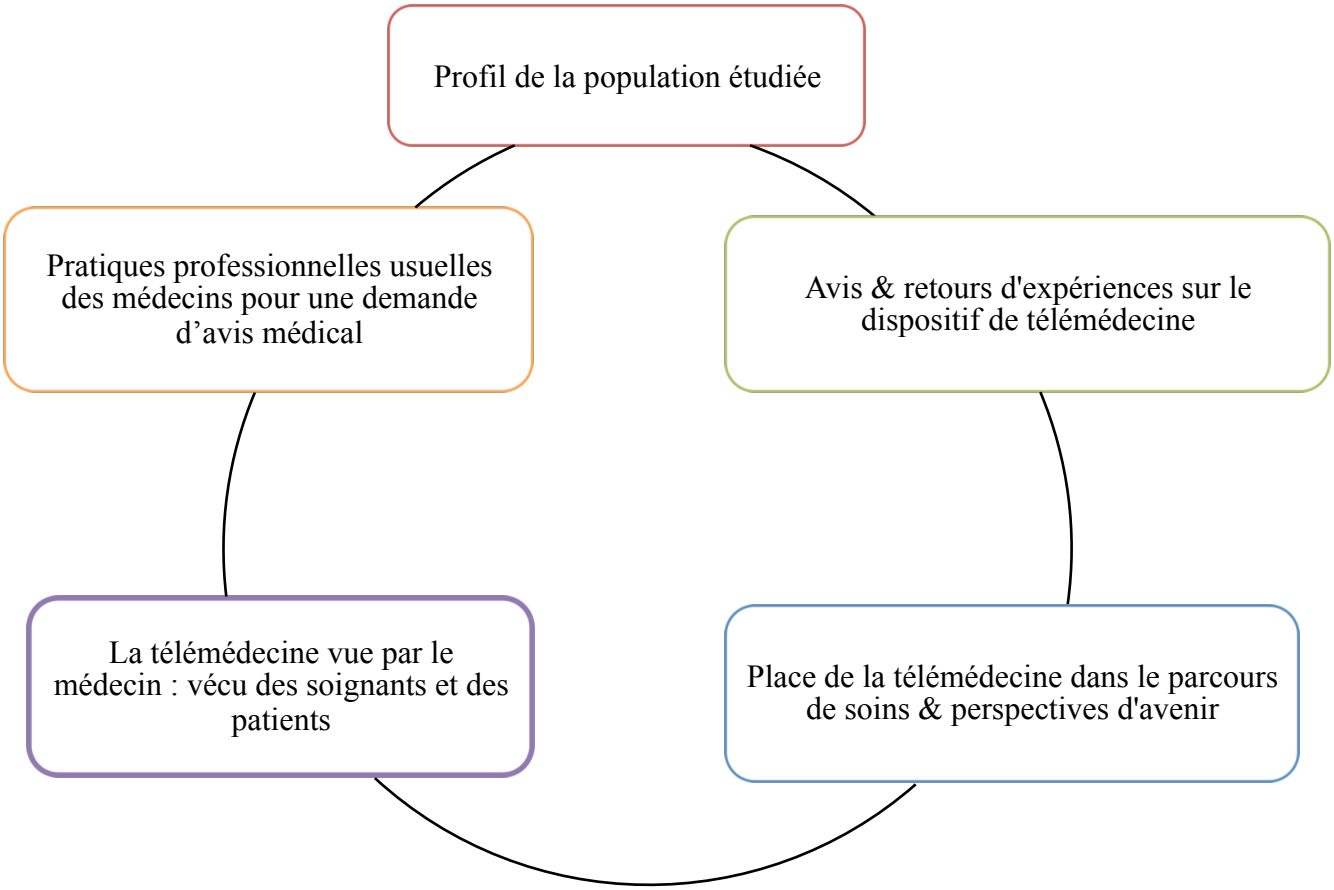


Figure 1 : Les cinq thèmes

1. Profil de la population étudiée

a) Profil du médecin traitant

- Le médecin généraliste : un médecin très polyvalent

Le médecin généraliste apparaît comme un médecin multitâches, polyvalent, ayant un emploi du temps surchargé.

E1-2 : « *la tête dans le guidon »*

E2-2 : *« Après, moi j'ai un tas de trucs à faire. »*

- La disponibilité est une qualité requise par tout médecin généraliste qui se doit d'être présent pour répondre à la demande de ses patients.

E1-3 : *« Donc cette disponibilité là, si tu l'as, tu as moins besoin de la télémédecine. »*

Mais cette disponibilité n'est pas toujours évidente à trouver, comme le décrit le médecin de l'entretien E2-2 : *« On nous demande d'être énormément disponible en tant que médecin généraliste. […]. Moi je veux dire…J'ai mon emploi du temps. »*

- Mode de connaissance de la télémédecine

Tous les médecins interrogés connaissent l'existence de la télémédecine. Les sept médecins en ont été informés par le biais de l'EHPAD, à l'occasion de réunions de coordination gériatrique, par le biais du médecin coordonnateur ou des infirmières. Un médecin a découvert cet outil à l'occasion d'une lecture dans la presse médicale.

- Usage de la télémédecine

Dans un souci de représentabilité de l'étude, des médecins aux usages divers de la télémédecine ont été volontairement choisis.

- Deux médecins (E1-3, E2-2) ne souhaitent actuellement pas utiliser la télémédecine pour leur demande d'avis au spécialiste.

- Le médecin (E1-2) a une connaissance théorique de la télémédecine, il aimerait l'utiliser, mais l'occasion ne s'est pas encore présentée.
- Deux médecins (E1-1, E3-2) ont fait participer leurs patients à une téléconsultation mais n'y ont pas assistés.
- Deux médecins généralistes (E2-1, E3-1) ont assisté à des téléconsultations en direct avec leurs patients.

b) Profil du patient en EHPAD

- Le patient âgé : un patient fragile

La personne âgée vivant en EHPAD est le plus souvent une personne fragile, difficile à déplacer.

E1-1 : *« en EHPAD on a des gens qui sont grabataires, parfois douloureux à déplacer »*

Le médecin de l'entretien E2-2 rappelle que bien souvent la communication avec ces patients âgés est limitée, parfois impossible. Il souligne l'importance de l'interrogatoire dans l'examen clinique, qui lui semble difficile lors d'une téléconsultation à distance.

- Situations complexes rencontrées : prise en charge différente

Les médecins généralistes sont confrontés à de nombreuses situations difficiles. Plus particulièrement avec leurs patients en EHPAD qui présentent souvent plusieurs pathologies chroniques. Voici celles qui ont été citées :

- Trouble du comportement/démence

E1-1 : *« Je pense à Mr L. Au début il se levait, il tombait parce qu'il ne tenait pas sur ses jambes, il était très opposant, voire violent… » « une dame qui est démente…qui a des troubles du comportement la nuit, dans la journée elle est adorable, mais la nuit…elle a des niveaux d'angoisse pas possible, la nuit elle se lève, elle s'arrache ses protections, elle pisse*

partout, elle fait ses selles, elle les étale partout…enfin bon, un truc qui est très mal vécu par les équipes. »

E2-1 *: « une personne super angoissée, qui avait…qui avait un sentiment d'auto-culpabilité qui voulait vraiment…on savait pas trop jusqu'où elle allait mais elle se sentait coupable de chose qui n'existait pas. Par rapport à son fils « Je lui ai fait ça… » etcetera donc c'était des idées fixes, des obsessions, des choses assez difficiles, donc des médicaments pas toujours évidents…parce qu'on la tasse trop ou on est pas toujours efficace. »*

- Fin de vie

- Grabatisation

E3-1 : *« elle était fatiguée, vieille, âgée »*

- Changement de thérapeutique

E1-2 : *« Et les modifications de traitements, des révisions de traitements, les gens ont des traitements comme ça [fait de larges signes avec ses bras], nous on ose pas tout le temps changer les médicaments, parce qu'on a peur que la famille nous tombe dessus. »*

« *Parce que si vous avez des troubles du comportement qui amènent des troubles de situation à l'intérieur de la maison de retraite, vous pouvez pas attendre une semaine, deux semaines, un mois pour pouvoir mettre quelqu'un sous neuroleptique, ou pour changer d'anxiolytique ou pour changer l'antidépresseur, ou pour l'enlever, c'est pas possible [...]. Souvent le personnel soignant, je ne dirai pas, j'exagère, mais en tout cas vit très mal des situations comme ça, donc à nous on nous demande de sédater absolument les personnes, euh voilà…donc à un moment donné il faut savoir dire stop. »*

- Douleur

E2-1 : *« parce que quelques fois on se retrouve devant des cas difficiles et puis….et puis…soit c'est des hospitalisations pas toujours justifiées…et soit…c'est des tâtonnements…des soins qui ne sont pas forcément spécialisés ou adaptés et...ça fait perdre du temps…la personne souffre. »*

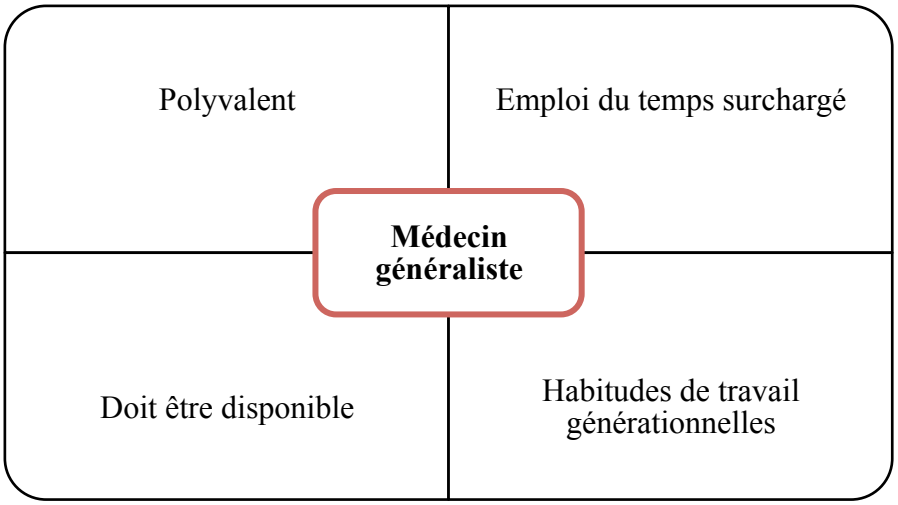


Figure 2 : Profil du médecin généraliste

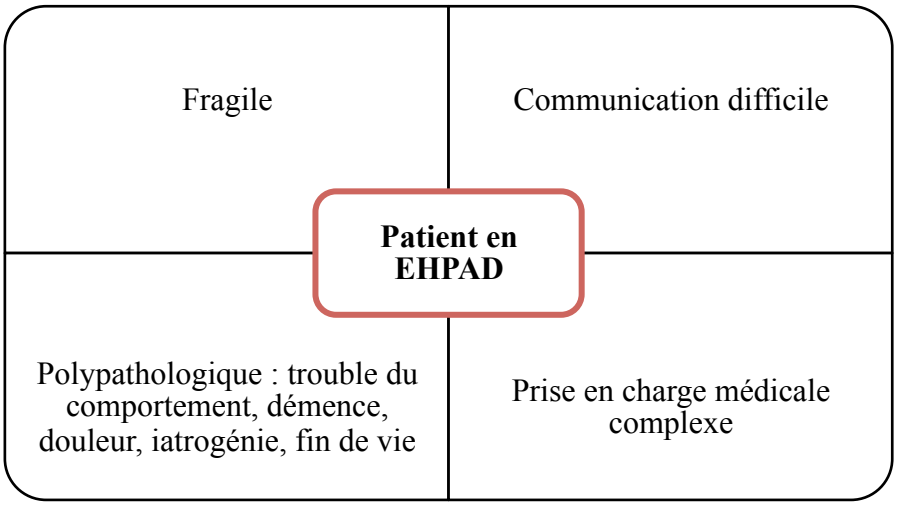


Figure 3 : Profil du patient en EHPAD

2. Pratiques professionnelles usuelles des médecins généralistes pour une demande d'avis médical

a) Outils utilisés

Les outils utilisés pour demander un avis médical varient beaucoup en fonction des habitudes de travail des médecins.

E2-2 *: « Moi je passe pas par internet. Moi personnellement, je n'ai pas d'ordinateur. »*

Ces habitudes sont aussi générationnelles. Certains reconnaissent qu'ils n'utilisent pas des moyens numériques actuels.

E1-1 : *« il faudra quand même qu'un jour je me modernise un peu sur ce plan là. »*

Mais d'autres apprécient les nouvelles technologies en communication et s'en servent aisément.

E1-3 : *« le téléphone est devenu très moderne. »*

- Outils de communication classiques : téléphone, fax, courrier

Les sept médecins interrogés utilisent ces moyens de communication, qu'ils maitrisent très bien, avec un usage quotidien et des retours rapides.

E1-3 : *« Je me sers à l'ancienne du téléphone. »*

E2-2 : *« Le téléphone, c'est quelque chose où on joint les gens directement. »*

E1-2 : *« Donc ces instruments permettent d'avoir des avis plus rapidement. »*

- Outils de communication numériques : SMS, Smartphone, mail, tablette

Ils sont trois médecins (E1-1, E1-2, E1-3) à utiliser ces outils pour communiquer avec leurs confrères.

E1-3 : *« le téléphone est devenu très moderne, il m'arrive souvent de faire une saisie d'écran, que ce soit sur un ECG, de l'envoyer, de l'envoyer par mail »*

- Usage de la télémédecine

Quatre médecins interrogés sur sept (E1-1, E2-1, E3-1, E3-2) ont commencé à utiliser la télémédecine pour demander un avis médical.

b) Motif de la demande d'avis : rassurer

Les médecins traitants, comme l'équipe soignante des EHPAD et les familles des patients sont demandeurs d'un deuxième avis médical lorsque la situation clinique devient délicate et complexe.

Tout d'abord, le médecin généraliste requiert un deuxième avis auprès de ses confrères spécialistes dans deux situations.

- Pour conforter son analyse et apporter une solution en cas de doute diagnostique ou thérapeutique

E1-2 : *« Ça m'est arrivé il y a pas longtemps pour un zona qui était absolument monstrueux qui était tellement monstrueux que j'ai fait le diagnostic, mais je me posais des questions métaphysiques, et je me suis dit, il faudrait pas que ce soit un pemphigus ou un truc comme ça, donc j'ai envoyé la photo, je l'ai prise, je l'ai envoyée, j'ai d'abord appelé le médecin, j'ai dit « je peux te l'envoyer ? », elle m'a dit « oui », donc j'ai envoyé, elle m'a répondu, « non, non c'est bien un zona, il est carabiné, il n'y a pas de problème. » »*

- Pour palier à une difficulté d'éloignement lié à l'exercice libéral et à la localisation du cabinet médical

E1-2 : *« Le grand problème de notre travail c'est qu'on est toujours seul. A décider, à choisir, à faire, donc de temps en temps, d'être aider, de ne pas être seul sous le poids de la décision… » « Oh ben à la campagne vous n'avez pas de spécialiste. Moi j'étais installé à Jonzac [première installation à Jonzac, 100km du CHU de Pessac], c'est quand même pas le trou du cul du monde ! Y a pas de neurologue, y a plus de neurologue, pour avoir un avis dermatologue il faut attendre trois à six mois […]. Je vous en passe des moins bonnes et des*

meilleures. C'est compliqué. » « Parce qu'on était vraiment seul au monde la plupart du temps. Pour les décisions, les choses comme ça hein… »

La demande d'avis médical est aussi parfois pressée par l'équipe soignante des EHPAD qui se retrouve tous les jours avec des patients difficiles à gérer. La prise d'un avis complémentaire par le médecin, rassure l'équipe soignante.

E3-1 : *« Alors c'est l'infirmière de l'EHPAD, qui bien entendu était confrontée au problème tous les jours, et qui m'a bien entendu sollicité pour demander un avis « Alain, on y arrive pas, tu crois pas qu'il faudrait faire autre chose. » »*

E1-1 : *« les équipes étaient…dans ces cas là, évidemment, il y a toujours une demande de sédater. » « Après les équipes sur place, elles paniquent, surtout la nuit. »*

C'est aussi parfois une requête du patient et de sa famille qui ont besoin d'être rassurés par un avis complémentaire.

E1-2 : *« après tout le monde est tranquillisé, la famille aussi » « parce qu'on a peur que la famille nous tombe dessus »*

c) Accessibilité de l'avis

Les médecins décrivent l'avis aux spécialistes comme facilement accessible.

E3-2 : *« dans l'ensemble, ils sont disponibles »*

- Grâce aux réseaux de confrères

E1-2 : *« puisqu'on a tous des médecins qu'on connaît un peu bien, qu'on tutoie et qui vont nous ouvrir plus facilement leurs portes. » « C'est sûr qu'au bout de 30 ans de médecine générale, on a quelques réseaux. »*

E3-1 : *« je fais jouer mes relations personnelles avec mes correspondants libéraux, je fais jouer la corde sensible : « Dis tu peux pas me prendre rapidement, me faire plaisir…? » »*

- Grâce aux moyens de communication technologiques existants

E1-2 *: « Mais on n'a pas de difficulté, surtout avec la technologie, avec la transmission moderne pour présenter facilement un dossier rapidement »*

Cependant, tous les médecins rencontrent des obstacles pour accéder à cet avis spécialisé.

- Lien ville-hôpital distendu

L'accès au spécialiste hospitalier est rendu difficile par le barrage des secrétariats, rendant les correspondants peu disponibles.

E3-2 : *« on tombe sur des secrétariats qui ont été formées au « NON ». »*

E3-1 : *« on sait que les spécialistes sont saturés. »*

E2-2 : *« Le problème c'est d'avoir quelqu'un au bout [du téléphone]. »*

Le médecin de l'entretien E1-1 regrette le manque d'échanges interactifs entre les professionnels.

- Le manque d'avis médical rapide, peut parfois leur faire prendre des risques et les médecins ont tendance à adresser leur patient aux urgences

Le médecin de l'entretien E1-3 prend parfois des risques médicaux envers son patient dans l'attente d'un deuxième avis : *« je vais plutôt avoir tendance à vouloir soigner moi même, donc en 2-3 semaines, il peut y avoir une perte de temps. »*

Quatre médecins déclarent adresser parfois un patient au service des urgences pour avoir un avis plus rapide devant l'urgence de la situation.

E2-1 : *« la personne est très malade et quelque fois c'est motif à hospitalisation pour avoir un avis plus rapide. »*

Et que pensent les médecins de l'accès à un avis médical depuis un cabinet de consultation isolé géographiquement ?

Pour le médecin de l'entretien E1-3, l'éloignement géographique du cabinet médical n'est pas un frein à l'accès d'un avis médical, puisque les moyens de communication disponibles sont suffisants. *« mais finalement si c'est pour avoir un avis téléphonique par distance ou par mail, la distance importe peu »*

Un médecin, installé en secteur rural (E3-1), trouve qu'il existe des structures de proximité efficaces pour répondre à sa demande.

Pourtant un des médecins installés en secteur semi-rural trouve que sa localisation géographique est un frein à l'accessibilité de l'avis médical.

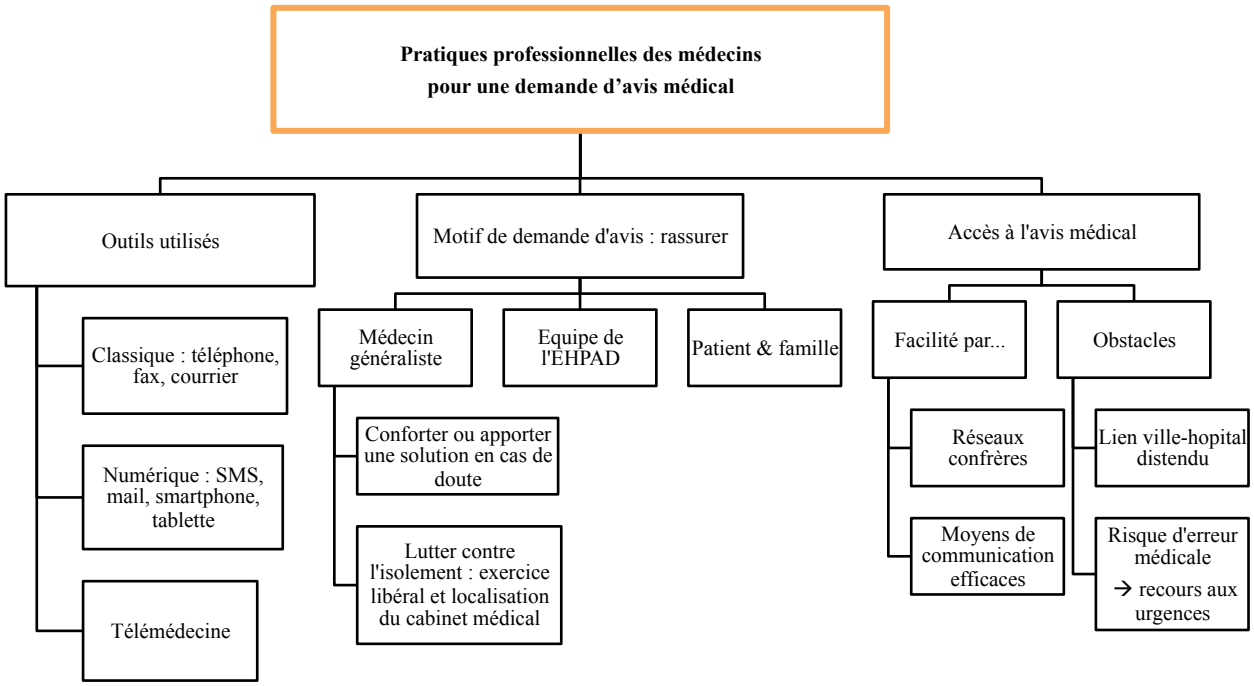


Figure 4 : Arbre thématique des pratiques professionnelles usuelles des médecins dans la demande d'avis médical

3. Avis et retours d'expériences sur le dispositif de télémédecine

a) Avis sur la télémédecine

- La transmission numérique médicale : une pratique déjà en place au quotidien

Le médecin de l'entretien E1-3 explique qu'il échange déjà des informations médicales avec ses confrères grâce aux outils numériques : *« on fait de la télémédecine tous les jours depuis 10 ans avec nos infirmières en ville, qui font des photos des ulcères de jambe et qui nous les envoient, ou qui nous les impriment et nous les laissent dans le cahiers de transmission. » «Parce que la télémédecine c'est tout ce qu'on peut échanger, un dossier, une attitude avec nos confrères. »*

- Habitude non générationnelle

E1-1 : *« c'est pas encore passé dans les habitudes. On n'y pense pas forcément. » « Oui, y penser, et puis…même au début si c'est pas souvent…même le fait d'utiliser le matériel ça fixe quand même plus les choses dans la tête et on y pense de façon plus spontanée. » « Chacun est pris dans ses automatismes et comme ce n'est pas encore un automatisme…c'est un peu oublié. »*

- Inciter, encourager, promouvoir son utilisation

L'usage de la télémédecine est encore très nouveau pour beaucoup de médecins qui méconnaissent la pratique. Leur connaissance est surtout très théorique. Ils pensent que c'est aux équipes de l'EHPAD d'inciter et de proposer son utilisation pour le patient.

E3-1 : *« c'est l'IDEC et le médecin-co qui sont là pour impulser, pour convaincre »*

- Indications

Même si les médecins méconnaissent les indications de la télémédecine, ils relèvent son utilisation dans différentes spécialités :

- la cardiologie
- la dermatologie

E1-2 : *« pour des avis dermatologiques si on peut bien voir les choses, c'est hyper intéressant »*

E2-1 : *« c'est une dame qui avait un prurit….un prurit diffus rebelle avec pas mal de difficulté à le faire passer » « en dermatologie, typiquement, parce qu'il y a le visu, le spécialiste voit les choses par rapport à une description téléphonique, c'est pas pareil…c'est pas pareil…on fait un gros plan sur la plaque des éruptions…Et voilà…il soigne les gens comme si la personne était là. »*

E3-1 *: « Il avait une ulcération profonde, donc les traitements avaient été inefficaces pendant 4 à 6 semaines et cette résidente ne pouvait pas se déplacer. »*

- la gériatrie
- la prise en charge des pathologies chroniques
- la psychiatrie

E2-1 : *« la personne discute de visu avec le psychiatre et le psychiatre observe, je pense que c'est beaucoup mieux que juste un contact téléphonique »*

- Mais l'usage de la télémédecine reste limité à quelques situations cliniques.

- Lorsqu'une hospitalisation en urgence est nécessaire, la télémédecine ne trouve pas sa place. Les situations de décompensation cardiaque, de douleur thoracique ont été citées.

E1-1 : *« Si on a un trouble du rythme qu'il faut hospitaliser, c'est tout de suite, c'est pas deux jours après. »*

- La nécessité d'un examen physique complet du patient rend la présence physique du médecin indispensable et l'usage de la télémédecine devient discutable. Les spécialités comme la pneumologie et la neurologie ne semblent pas être praticables en télémédecine.

E3-2 : *« Moi je pense qu'il faut palper les gens. [Air perplexe]. Moi ça me paraît très inutile. » « Je sais pas comment à distance vous pouvez apprécier…je pense qu'il faut une rencontre physique. » « Oui, il faut toucher ! Toucher ça veut dire…quand quelqu'un rentre*

dans la pièce on pressent ce qu'il a ! Quand on est assis d'une certaine façon, on sait… Et avec ça [la consultation par vidéoconférence], vous ne pouvez rien pressentir. »

D'après lui, la transmission orale d'éléments cliniques entre médecins ne suffit pas. Il lui semble indispensable de voir et d'examiner le patient par lui-même afin d'avoir son impression clinique globale.

- Les situations qui nécessitent un geste technique ne peuvent pas être vues en téléconsultation. Faire un électrocardiogramme, une échographie cardiaque, une ponction articulaire, sont des gestes cités par les médecins.
- Les primo-consultations semblent nécessiter une consultation traditionnelle. Le médecin de l'entretien E3-2 souligne l'importance d'un premier contact physique :

« Je vous dis, il faut rencontrer les gens, surtout en psycho-gériatrie […]. Je pense qu'il faut l'avoir cadrer la personne. »

- Pour certains médecins, la télémédecine n'apporte aucun avantage.

Pour le médecin de l'entretien E1-3, elle n'a pas d'intérêt : *« Alors qu'est-ce qu'on fait, on dit un horaire, on a la famille et les soignants autour du patient, on branche la télévision et on parle avec le spécialiste. […]. Et tu penses que ça peut-être plus efficace que le suivi au jour le jour de ton patient où chaque fois que tu passes, y compris pour un autre de tes patients, les infirmières viennent te dire : « madame Untel va mieux, madame Untel va pas mieux… » » « Qu'il [l'avis] passe par une caméra, par un coup de fil…selon la pathologie et selon les pièces que tu as à montrer, ça ne change pas grand chose. »*

Le médecin de l'entretien E2-2 ne semble lui non plus pas convaincu par cet outil, puisque l'accès à l'avis médical n'est pas immédiat, que toute la population n'y a pour le moment pas accès et que les médecins ne semblent pas intéressés. *« On était que deux [à la réunion d'information]. Ça m'a bien surpris. Il n'y avait personne. Ils n'étaient pas là…Donc je ne sais pas s'ils étaient très intéressés. »*

b) Avis sur le déroulement d'une téléconsultation

D'après le médecin de l'entretien E1-1, participer à une téléconsultation, c'est consacrer un temps d'échange en équipe pluri professionnelle.

E1-1 *« L'intérêt de la téléconsultation c'est qu'on prend un temps. Le spécialiste prend un temps et le médecin traitant, le médecin coordonnateur prennent le temps. Et donc on peut discuter. »*

Mais certaines conditions doivent être remplies pour le bon déroulement d'une téléconsultation.

- Doit être rémunérée

Les médecins regrettent le manque de rémunération de l'acte de téléconsultation. C'est d'ailleurs une des raisons de leur non-participation à l'acte.

E2-2 : *« Il paraît que c'est pas rétribué. Que c'est pas reconnu encore. » « Mais je reviens au nerf de la guerre. La rétribution. La rémunération de ce genre d'actes. Moi j'ai lu ailleurs dans les journaux médicaux, c'est pas…c'est pas bien bien pris en charge par l'ARS. Très mal rétribué. Alors sinon je crois que c'est une somme dérisoire. » « Déjà. Il faut que ce soit CORRECTEMENT [il insiste] rémunéré. » « De la reconnaissance de ce que ça représente ! »*

E1-2 : *« Et puis après les histoires de facturation. Parce que ça vous demande encore une consultation. »*

E2-1 : *« à mon avis il est quand même logique de penser à une rémunération, comme s'il faisait une visite, vous voyez ce que je veux dire, peut-être plus… »*

- Doit se faire sur demande du médecin traitant

La demande de téléconsultation peut-être impulsée par l'équipe de l'EHPAD mais l'indication finale doit être posée par le médecin traitant. Pour deux médecins, cette condition paraît être une clause fondamentale (E1-3, E3-2).

E3-2 : *« Mais c'est évident qu'on doit me demander avant. »*

Il semble important que le médecin traitant reste le pivot central du parcours de soins du patient.

- Présence du médecin traitant requise, le cas échéant, consultation délégable

Le médecin traitant est le mieux placé pour décrire son patient comme le précise le médecin de l'entretien E1-3 : *« Enfin, quand tu connais un patient depuis 20 ans, que tu connais son dossier par cœur, que t'en a discuté avec beaucoup de spécialistes, que tu vas le voir toi, plus ton interne. »*

L'absence de médecin de chaque côté des intervenants ferait craindre l'erreur médicale.

E1-3 : *« [Il faut] qu'il y ait un VRAI [il insiste sur ce mot] contact entre le médecin traitant qui est là au jour le jour et le spécialiste. Hors, la télémédecine a tendance à gommer ça, parce que la télémédecine, t'es pas là toi. » « Je ne suis pas sûr qu'on puisse faire de la télémédecine sans un médecin des deux côtés du fil. »*

Si le médecin traitant ne peut assister à la téléconsultation, il accepte de déléguer sa présence à l'équipe de l'EHPAD ou au médecin coordonnateur. Au préalable, il veillera à transmettre à l'équipe soignante les informations médicales importantes.

E2-1 : *« même si je suis pas là, ça se fait quand même, j'en parle la veille ou le matin à l'infirmière « Voilà il faut dire ça au spécialiste cet après-midi parce que je pourrai pas être là » et puis ça se passe très bien. »*

E3-1 : *« ça pose pas de problème, surtout si le médecin-co s'investit aussi pour être présent à leur place. »*

E1-3 : *« Alors, ça peut se superviser ! Tu peux dire à l'infirmière « Bon ben écoute okay, j'ai vu cette jambe… […] Et bien fais une vidéoconférence avec notre confrère dermatologue et tu me diras ce qu'il nous a dit ». Il faut conserver ça. Mais je crains que ce ne soit pas le cas longtemps. »*

Mais déléguer une information médicale à un soignant n'est pas sans risque de mauvaise transmission de l'information.

E3-2 : « C : Et si vous lui communiquez ces paramètres-là ?

- Oui, bien c'est l'homme, c'est l'homme qui a vu l'homme, qui a vu l'homme, qui a vu l'ours ! C'est pas la même entité. C'est mon impression. Je me rappelle il y a 30 ans, un neurologue m'a dit : « Ne vous fatiguez à me faire un descriptif, je m'en occupe, je vais l'examiner par moi-même ! » ça a fait un bon neurologue d'ailleurs. »

- Présence de l'équipe soignante indispensable

La présence de l'équipe paramédicale autour du patient en téléconsultation semble primordiale. En effet, c'est elle qui connaît le patient au quotidien avec ses difficultés. Elle est alors la mieux placée pour décrire les troubles du patient.

E1-2 : *« Si c'est un avis neuro-gériatrique, voilà je veux dire c'est limite le personnel soignant qui va pouvoir mieux expliquer les troubles du comportement et faire que la petite mamie elle tape sur sa voisine ou qu'elle dort pas de la nuit, ou qu'elle crie toute la journée, moi je ne vais pas dire grand chose de plus. »*

E3-2 : *« Ce qu'il faudrait c'est du personnel qui soit présent au quotidien [qui connaît bien le patient]. »*

c) Avis sur le compte-rendu de téléconsultation

- L'accès à un avis médical est rapide mais non immédiat

Le médecin de l'entretien E2-2 insiste sur l'importance d'avoir un outil de communication et d'échange rapide *« La disponibilité d'avoir une réponse, oui. Parce que là il vous donne une réponse tout de suite le spécialiste de ce qu'il faut faire. Alors là il y a une sacrée amélioration. Vous avez à faire directement à un spécialiste qui vous répond tout de suite ce qu'il faut faire. »*

Cependant deux médecins remarquent que les délais de rendez-vous ne sont pas immédiats avec des horaires aléatoires.

Mais, le compte-rendu de la téléconsultation arrive rapidement et la mise en application est immédiate.

- L'avis médical donné est adapté au patient

Les médecins qui ont reçu le compte-rendu de téléconsultation de leur patient ont trouvé l'avis médical adapté à la problématique posée avec des solutions alternatives pratiques à mettre en place.

E1-2 : *« je trouve que les avis sont assez ouverts. Ce n'est pas une case. On nous propose. On nous dit qu'on peut faire ça...et je trouve que c'est bien. »*

En revanche, ils jugent indispensable que la décision d'application du nouveau schéma de soins leur appartienne.

E3-2 : « *L'appréciation se fera après de mon côté. »*

d) Avis sur l'outil de téléconsultation

- Choix de l'outil : outil imposé, chariot d'ergonomie difficile mais de bonne qualité

Certains médecins ont le sentiment que cet outil leur a été imposé et qu'il ne répond pas à leurs besoins.

E2-2 : *« Donc quand c'est imposé de l'extérieur chez les médecins…[il fait une moue suspicieuse]…Il y a de la réticence quand c'est imposé de l'extérieur. » « Donc on nous laisse pas choisir les outils qu'on veut et qui nous aident vraiment. » « Est-ce qu'il ne faudrait pas que ce soit des outils que NOUS [il insiste] choisirions ? Au lieu que ce soit ceux qui sont dans des bureaux ? »*

L'ergonomie de l'appareil de téléconsultation a été critiquée. Il ne semble pas très pratique d'utilisation.

E1-3 : *« Le gros chariot, c'est un peu lourd au sens propre et au sens figuré. »*

E2-1 : *« c'est quand même une grosse installation, technique, logistique, c'est assez conséquent. »*

E3-1 : *« On a des contraintes structurelles, qui font que…bon, ben on a pas suffisamment de place [dans l'EHPAD] pour avoir des pièces dédiées à la télémédecine. »*

Les médecins souhaiteraient un appareil plus mobile, moins encombrant et plus souple d'utilisation.

E1-1 : *« L'idéal évidemment, c'est d'avoir l'appareil qui se déplace, qui va dans les chambres avec le WIFI. »*

E3-1 : *« Oui…après tout peut toujours s'améliorer…hein...en matière de technologie…la caméra qui a l'air d'être un peu…qui est sur l'écran...à mon avis on pourrait faire…sans fil et puis l'amener au lit du malade…je sais pas moi tout peut s'améliorer, tout s'améliorera avec le temps. Voilà. Mais sinon globalement j'ai pas vu d'inconvénient majeur, ou des trucs qui marchent pas ou des trucs qui font perdre du temps….non non…ça a toujours bien marché. »*

Le médecin de l'entretien E2-1 a noté l'intérêt de la vidéo et de la qualité de l'image dans la relation avec le patient et aussi dans les soins en dermatologie.

« *Il y a le visu, le spécialiste voit les choses par rapport à une description téléphonique, c'est pas pareil…c'est pas pareil…on fait un gros plan sur la plaque des éruptions…et voilà…il soigne les gens comme si la personne était là. »*

Le médecin de l'entretien E3-1 conclut, que l'usage de l'outil est simple, il suffit de passer la barrière des préjugés : *« Franchement c'est facile, je sais pas ce que te disent mes confrères, ceux qui ignorent, peut-être... mais ils ne peuvent même pas se prononcer, ils ne savent pas…mais quand tu l'as utilisé une fois… »*

- L'achat de l'appareil : un investissement coûteux qui impose une réflexion

Le coût de ces appareils de télémédecine est important. Malgré son financement partiel par l'ARS, l'appareil reste un investissement non négligeable pour l'EHPAD.

E2-2 : *« Et on trouve que l'investissement au départ est très très cher. » « ça coûte de l'argent et de l'investissement au départ. Qui c'est qui paye au départ ? C'est la collectivité qui paye. »*

L'achat de ces appareils doit donc être mûrement réfléchi comme le précise ce même médecin *« Moi je trouve qu'il y a beaucoup de gaspillage dans la santé ».*

E1-1 : *« Le problème c'est quand on investit…Les EHPAD ont reçu une aide pour investir là-dedans. Elles ont vite oublié qu'elles avaient reçu de l'aide…[sourire]…mais elles ont reçu de l'aide. Mais à partir du moment où on s'est outillé de quelque chose, il faut faire un choix éclairé quoi, pas se rendre compte au bout de 6 mois que finalement ce matériel, ce n'est pas celui qui convient… »*

Les priorités budgétaires et la coexistence d'autres projets des établissements freinent aussi l'accès à la télémédecine comme le précise le médecin de l'entretien E3-1.

Mais ils sont deux médecins à penser que la téléconsultation est un moyen d'éviter les transports de patients à l'hôpital et donc de faire des économies sur les taxis-ambulance.

E2-2 : *« ça coutera moins cher que de déplacer les gens avec une ambulance. Hein, avec la pollution et tout ce que ça représente. »*

E3-2 : *« Je crois que ça peut être très rentable. »*

- Une méconnaissance des outils numériques qui nécessitent une formation préalable

Le médecin de l'entretien E2-2 ne maitrise pas les nouvelles technologies et pense qu'il est important d'être accompagné et formé à l'usage de la télémédecine.

« Et après, l'utilisation de l'outil quand même ! Hein, je pense que l'informatique, on est pas tous des fanas de l'informatique les médecins….moi le premier je reconnais je ne suis pas un fana de l'informatique…ça m'emballe pas. »

- Une préparation du dossier contraignante qui nécessite un accompagnement à l'utilisation

Le bon déroulement d'une téléconsultation demande un travail préparatoire de confection du dossier médical. Ce travail administratif, non rémunéré, se rajoute à l'emploi du temps des médecins, rendant leur disponibilité moindre à l'outil.

E2-2 : *« le nerf de la guerre c'était en fait qu'il fallait préparer le dossier. » « parce que c'est quand même une très longue préparation à faire… » « Il y a un tout un travail en amont. » « Mais on parle pas de tout ce qu'il y a à faire autour. » « « C'est tout le travail qui est occulté, qui n'est pas vu, qui est fait en amont qui n'est pas reconnu. »*

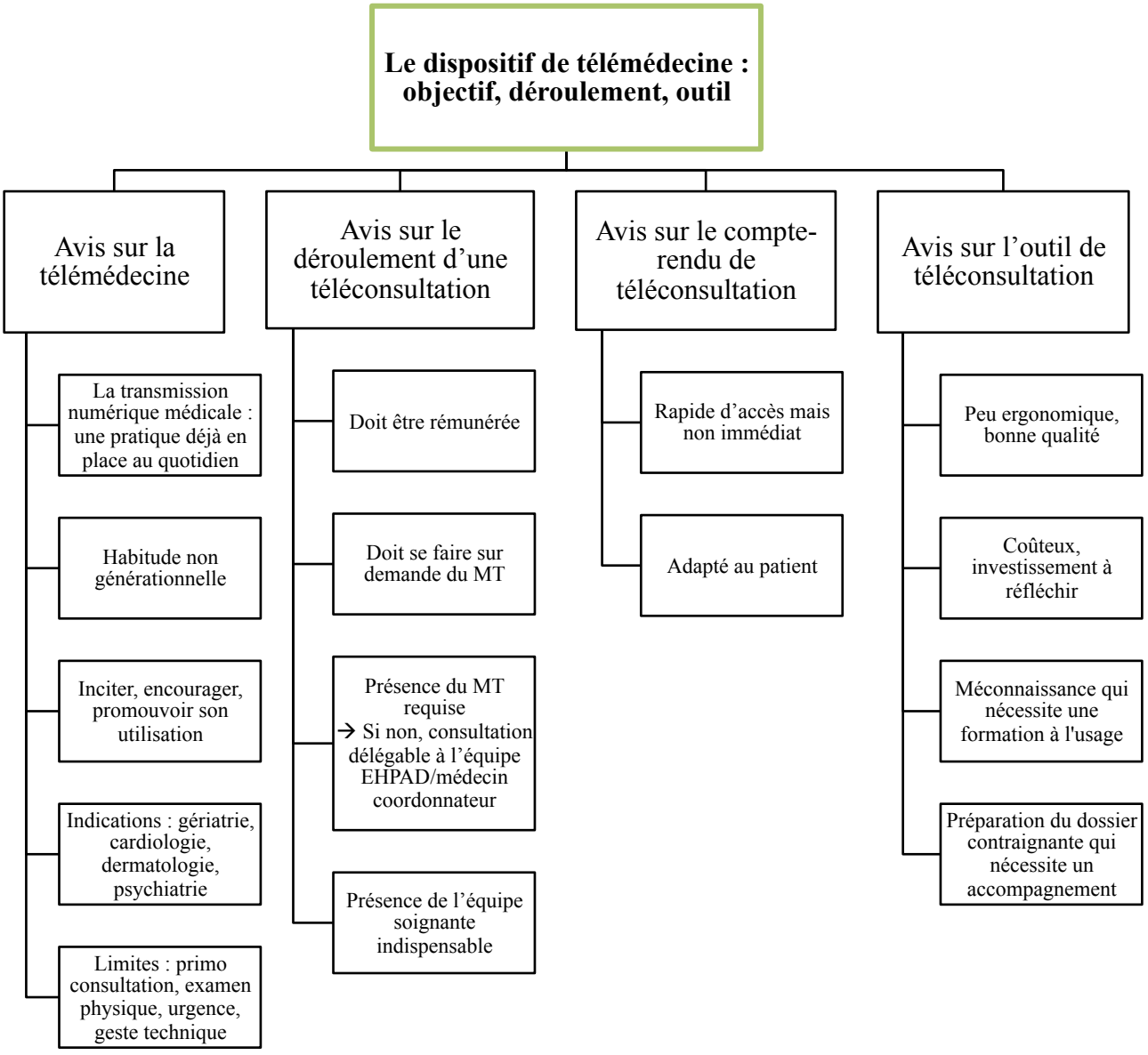
E3-1 : *« il y a un travail préparatoire fait, mais c'est pas un obstacle »*

E1-1 *: « pour l'EHPAD c'est assez long. La préparation est assez longue. Il y a un dossier à remplir. Ça prend quand même 20-25 minutes pour remplir un dossier, donc 20-25 minutes dans la journée d'une infirmière c'est pas rien. »*

Ce travail pourrait être délégué à l'IDEC et aux équipes de l'EHPAD. Mais il est important que les dossiers médicaux soient complets et tenus à jour par les médecins traitants.

E 3-1 : *« l'infirmière-co était à la manette, […]. On m'avait préparé tout le travail. Je pense que c'est nécessaire quand même. C'est pas possible autrement. » « c'est du travail. »*

E2-1 : *« Si je devais m'occuper du côté technique et logistique ça aurait été un autre boulot. […]. Ça m'aurait demandé du temps et ça aurait été un autre contrat [rires]. Tandis que là je suis utilisateur et puis point. Je n'ai pas de souci de connexion. Même d'organiser qu'à tel moment, telle heure, il faut que tout le monde soit là réuni. Je ne m'en occupe pas. On me dit c'est à telle heure, tel jour, si je peux je viens, je peux pas je viens pas, mais voilà. Pour moi c'est très confortable.*



MT : Médecin Traitant

Figure 5 : Arbre thématique sur les avis et retours d'expériences sur le dispositif de télémédecine

4. La télémédecine vue par le médecin : vécu des soignants et des patients

a) Vécu des médecins généralistes

❖ Avantages

➢ Echange pluri professionnel interactif

E1-1 : *« avec la télémédecine, on est en rapport direct avec le spécialiste et son équipe et nous [les médecins] avec l'équipe de l'EHPAD, les infirmières... Et donc il y a des échanges qui se font. »*

E1-2 *: « On a pas qu'un médecin, on a une équipe souvent, qui réagit en face de nous. »*

E2-1 *: « ce que j'ai remarqué c'était la disponibilité des correspondants...leur gentillesse même [sourire], ça s'est toujours bien passé. »*

E3-1 : *« c'est super de pouvoir communiquer en direct. » » « le travail d'équipe »*

➢ Formation et échange de compétences

E1-1 : « *« tu l'as ausculté ? Est-ce que tu as trouvé ceci, est-ce que tu as vu cela… » Bon c'est des choses que je ne pense pas forcément à mettre dans mes messages. Je veux dire, on peut avoir un échange, redresser l'examen clinique, faire des choses qu'on n'avait pas pensé à faire mais que le cardiologue ou le dermatologue nous demande de faire…Il y a un véritable échange. » « Parce qu'on progressera à partir du moment où on discute avec les spécialistes. »*

E1-2 : *« un excellent outil de consultation diagnostique »*

E2-1 : *« propositions de choses, modifier les médicaments, changer certaines choses au niveau anxiolytiques, introduire un autre médicament auquel moi je n'aurais peut-être pas forcément pensé. »*

E3-1 : *« Le partage immédiat…quand t'as une question, tu poses une question ! »*

- Partage des responsabilités, lutte contre l'isolement professionnel lié à l'exercice libéral et géographique

E2-2 : *« On peut gérer quelque chose de loin, c'est pas le médecin qui se déplace, ni le patient. Ça évite le déplacement des deux. »*

E1-2 : *« Moi qui ai été médecin pendant douze ans à la campagne, je veux dire,…pfff...si on avait pu mettre ça en place pour certaines fois, dans un cadre de médecins, ou dans un cadre d'un point de vue technique avec d'autres, ça nous aurait dépanné. »*

E2-1 : *« Mon délai d'angoisse quant à un diagnostic - mettre un traitement en place - est raccourci. »*

- Maintien du lien ville-hôpital, entretien des relations confraternelles

E1-2 : *« Et puis ça permet d'avoir des échanges entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Parce que c'est toujours un peu compliqué entre nous, donc c'est bien. »*

❖ Freins et inconvénients

- Contrainte horaire

L'emploi du temps des médecins généralistes déjà bien chargé, ne leur laisse pas beaucoup de temps pour participer aux téléconsultations.

E1-3 : *« Il faut aussi que les agendas puissent se croiser. »*

E1-1 : *« il faut trouver un temps où tout le monde est là voilà…et ça c'est pas facile. Où tout le monde pourrait prendre ce temps là. Donc il faudrait que les plages qu'on nous propose correspondent à des plages où on peut arriver à tous se libérer pour ces consultations. Non, ça c'est vrai que c'est peut-être un peu plus lourd. »*

E3-2 : *« Nous en tout cas on a des obligations horaires dans tous les sens. Déjà on a du mal à respecter les jours. »*

Une téléconsultation est plus chronophage qu'une consultation classique.

E2-2 : *« Il ne faut pas compter dans le temps de travail du médecin que le temps de la téléconsultation ! Parce qu'il y a encore plus [de temps] que pour une consultation normale. »*

Ce même médecin précise qu'il n'y a pas de gain de temps à utiliser cet outil de communication : *« Ah non, tu travailles autrement, mais tu ne vas pas gagner de temps ! »*

- Crainte de suppléance du médecin généraliste à terme

Le médecin de l'entretien E1-3 craint que l'usage de la télémédecine ne remplace in fine le médecin généraliste dans son rôle de clinicien et de décideur pour son patient. Il craint que le médecin délègue ses craintes à la télémédecine trop facilement, se décharge de ses responsabilités aux spécialistes, cessant d'apprendre, décrédibilisant alors le rôle du médecin traitant.

« Mais on ne peut pas non plus abandonner nos….responsabilités. Parce que c'est trop facile. » « Et je crois que le piège de la télémédecine il est un peu là. Comme pour d'autres avis spécialisés systématiques, c'est de se débarrasser d'une pathologie. »

« Si tu veux, je crains que la télémédecine ait été inventée pour s'en servir sans le médecin. [Silence]. Mais c'est logique d'ailleurs ! C'est pour ça qu'elle a été inventée ! Qu'on ne me dise pas le contraire ! Et c'est tout à fait logique ! A partir du moment où le médecin n'est plus assez disponible, par exemple pour être là au moment du pansement de l'ulcère, il est logique que les soignants qui ont envie d'être entourés disent « On aimerait avoir quelqu'un au bout du fil ! » « je crains que cette télémédecine vienne remplacer le rôle essentiel de celui qui est là tous les jours » « je pense que la responsabilité elle est aussi du côté des médecins qui ont laissé partir la pathologie directement vers la spécialité. Moi je trouve ça dommage. »

« On vous forme 10 ans pour être mieux formés que nous ne l'étions, pour être capable de prendre en charge des pathologies de médecine interne en ville, parce qu'on sait que ça va être absolument indispensable. Et dans la réalité, finalement, bien, on t'ôte tes responsabilités. Il y a ce piège dans la télémédecine. »

« Et bien il y a une bonne télémédecine, c'est la première [usage de l'avis téléphonique], parce qu'elle est sollicitée par le médecin traitant, qui choisit et à qui on offre des moyens de communication les plus performants possibles. Tant mieux ! Evidemment ! L'informatique

pour moi c'est essentiel. Par contre cette télémédecine qui se passe du médecin, parce qu'il est pas là au moment où on le fait, me paraît quelque part un petit peu dangereuse. »

« Tu ne peux pas dire « J'ai des patients en maison de retraite, ils ont des ulcères de jambe, mais c'est pas moi qui m'en occupe, c'est la télémédecine. » »

Le même médecin comparait la télémédecine avec le réseau d'Hospitalisation à domicile (HAD) : *« C'est pareil, c'est un peu de la télémédecine, c'est à dire de la médecine qui est faite à distance. Un hospitalier, qui sait, ou qui croit savoir que tu n'es pas assez disponible organise une HAD. « Vous viendrez signer en bas quoi… » »*

Comme le rappelle le médecin de l'entretien E2-2, l'appareil de télémédecine n'est qu'une aide technique à la décision du médecin généraliste : *« en aucun cas l'outil doit remplacer l'homme. Il doit l'aider. [Il insiste]. Jusqu'où l'aider ? Il doit l'aider. Qui c'est qui décide en dernier ? C'est l'humain. »*

- Risque d'erreur médicale

Certains médecins ont le sentiment que l'usage trop systématique de la télémédecine induirait des erreurs médicales.

E1-3 : *« On ne peut pas appliquer des recettes sur une photo. » « C'est un piège technique. On fera des bêtises, avec des prises en charge qui ne seront pas de bonne qualité. »*

E3-2 : *« C'est pas l'image qui fait pressentir. C'est l'ensemble. Ça c'est évident. Vous allez vous planter en diagnostic sinon. »*

b) Vécu des patients

- Avantages

- Consultation sans déplacement : économie de temps et d'argent, solution de confort

E2-2 : *« On peut gérer quelque chose de loin, c'est pas le médecin qui se déplace, ni le patient. Ça évite le déplacement des deux. »*

E3-1 *: « j'avais préféré ne pas la déplacer, parce qu'elle était fatiguée, vieille, âgée. »*

E1-1 : *« des gens qui sont grabataires, parfois douloureux à déplacer, c'est quand même plus confortable de faire comme ça plutôt que d'envoyer. »*

E2-1 : *« le patient, ben...bien sûr qu'il est soigné plus vite, sans avoir à faire des kilomètres aller-retour et sans attendre trois semaines ou un mois de rendez-vous de délai. »*

E3-1 : *« [ça diminue] le coût, ça tombe sous le sens. »*

- Lutte contre l'isolement géographique

E2-2 : *« Et je pense que ça va beaucoup servir pour les gens qui sont très loin des centres hospitaliers. » « Ça aura sûrement de l'attrait pour des endroits éloignés. »*

- Evite une erreur diagnostic ou thérapeutique/une hospitalisation

E2-1 : *« parce que s'il n'y avait pas la télémédecine, je pense que la personne aurait été hospitalisée. »*

E3-1 : *« ça diminue le nombre d'hospitalisations. […]et surtout chez les déments, ils ont moins de risque de faire des troubles du comportement. »*

- Nouvelles propositions thérapeutiques et amélioration clinique du patient

Les médecins généralistes sont satisfaits des propositions thérapeutiques faites à leurs patients avec une amélioration clinique visible. Ils jugent efficaces les conseils des spécialistes.

E2-1 : *« à chaque fois, il y a toujours un bénéfice...un bénéficie attendu et ça marche bien. »*

E3-1 : *« conseils performants avisés » « On a eu un traitement complètement différent, et elle a quasi guéri de son ulcère. »*

❖ Freins et inconvénients

- La qualité relationnelle médecin-patient par écran d'ordinateur interposé

Certains médecins ne voient pas l'appareil de téléconsultation comme une barrière entre le patient et le médecin spécialiste (E1-3, E2-1).

A l'inverse, le médecin de l'entretien E2-2 estime que cet outil peut parasiter l'échange.

« ça va pas faire peur au patient ce truc ? » « Quand je parle au patient, il est en face de moi. Alors quand l'ordinateur est en face, il y a une espèce de mur. » « Mais c'est vrai que ça peut polluer la consultation…à quel niveau ? »

c) Vécu de l'équipe soignante de l'EHPAD

❖ Avantages

➢ Ecoute, implication, réassurance

Le retour des médecins est unanime : l'équipe soignante qui s'occupe au quotidien des patients est satisfaite des retours de téléconsultation. L'équipe a le sentiment d'avoir été écoutée, son avis est pris en compte, elle se sent impliquée dans la prise en charge de leur patient et donc rassurée.

E1-2 : *« Je pense que les infirmières de l'EHPAD sont contentes parce qu'elles participent à ça »*

E3-1 : *« Ça donne du sens à leur travail. Elles sont quand même bluffées. »*

E1-2 : *« ça calme un peu ceux qui ont un élément un peu aigu. Ou en tout cas ceux qui sont aigus pour le personnel soignant. »*

E2-1 : *« Ils [les soignants] sont rassurés plus vite. »*

L'équipe a l'impression que le patient est *« moins abandonné »* (E3-1).

➢ Formation et amélioration de l'observance

En participant aux téléconsultations, l'équipe soignante prend connaissance en direct des protocoles de soins à appliquer. L'observance thérapeutique est améliorée et la qualité des soins s'en ressent.

E1-1 : *« des conseils thérapeutiques de prise en charge non médicamenteuse mais aussi de formation » « là on est tous partie prenante, on a tous discuté avec le spécialiste et on est forcément un relai beaucoup plus efficace avec les autres membres de l'équipe. »*

E2-1 : *« les aides-soignantes, c'est elles qui sont le plus en contact avec les personnes quand il y a des troubles du comportement….quand elles sont impliquées, il y a la relation qui s'améliore avec le ou la résidente. » « Des symptômes qu'on peut dire psychogènes...et bien ça peut s'améliorer. Parce que la relation avec les soignants s'est améliorée. »*

E3-1 : *« ils ont la certitude que le résident, on s'en occupe mieux. »*

- ❖ Freins et inconvénients

- ➢ Présence et disponibilité nécessaires

Les médecins généralistes estiment que la présence du personnel soignant des EHPAD est indispensable lors des téléconsultations. C'est effectivement le maillon humain qui connaît le mieux le patient au quotidien. Sa présence est nécessaire pour décrire la problématique du patient.

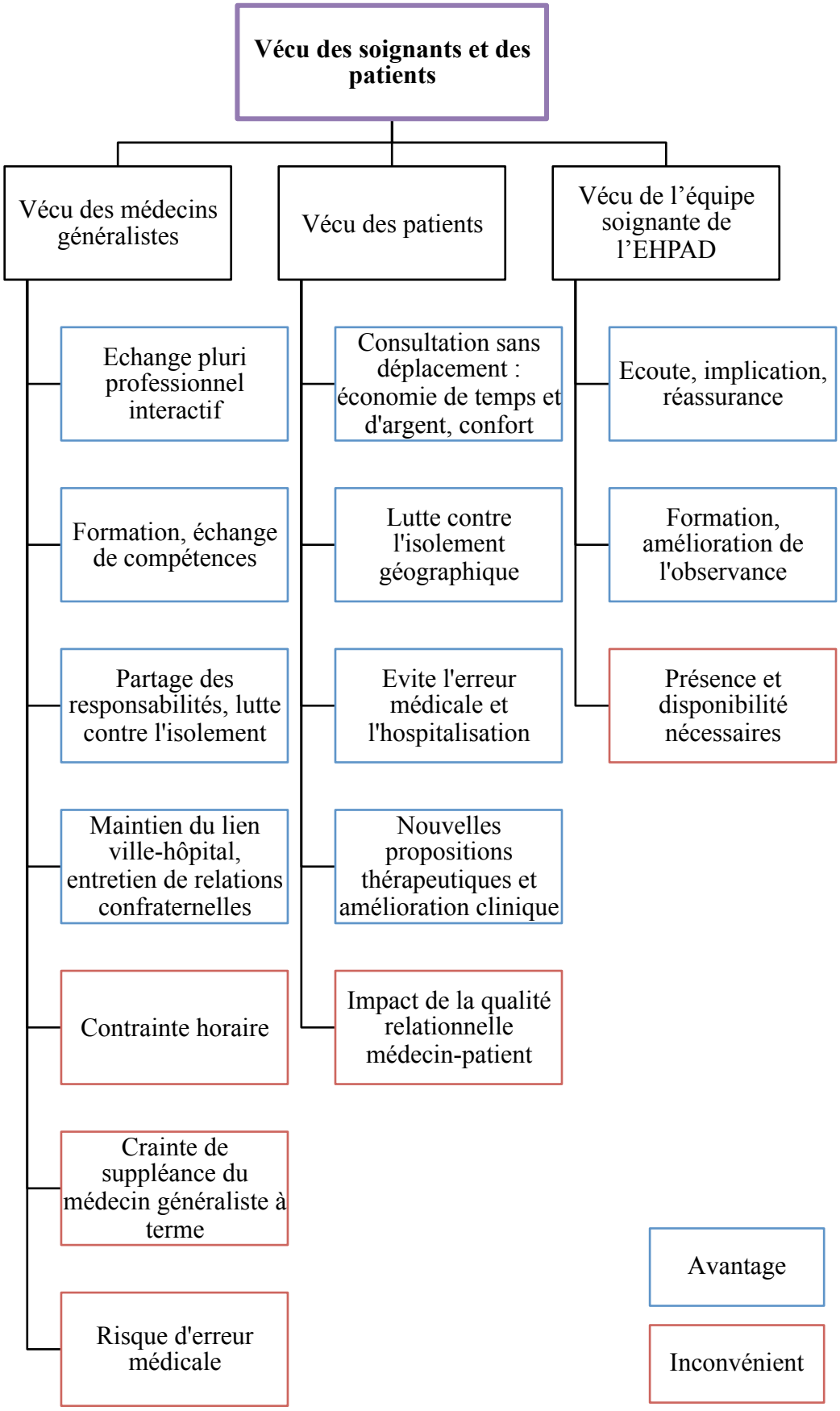


Figure 6 : Arbre thématique du vécu des soignants et des patients face à la télémédecine

5. Place de la télémédecine dans le parcours de soins et ses perspectives d'avenir

a) Place de la télémédecine dans le parcours de soins

- Avis général : satisfaction globale

Les médecins généralistes ayant participé aux téléconsultations sont satisfaits de cette nouvelle démarche.

E2-1 : *« Je pense que tout le monde est gagnant. » « Je pense que tout le monde est bénéficiaire. » « La télémédecine a changé beaucoup de choses. »*

E1-1 *« Plus d'avantages que d'inconvénients »*

E3-1 *« Bien, pour moi c'est un bonheur. » « moi je suis à fond pour ça, je suis un vieux médecin, mais un peu progressiste pour ça. »*

- Outil technologique pour une aide technique répondant à la démographie

E3-1 : *« Elle est indispensable » « moi je suis convaincu de l'utilité de cette nouvelle technologie. » «Elle a de plus en plus sa place [dans le parcours de soins de la personne âgée]. » « A cause du vieillissement des résidents »*

- Un usage raisonné du dispositif afin d'éviter tout risque d'erreur médicale

Il reste indispensable de garder un œil critique sur l'utilisation de ces nouveaux outils

E3-2 : *« Si on s'en sert à tout va…à mon avis c'est qu'on est imbécile. »*

E2-2 : *« Est-ce que l'informatique résout tout ? Je pense que comme dans tous les outils, il faut les maitriser. »*

- La place du médecin traitant doit rester prépondérante face aux objets connectés

Le médecin doit garder sa place de clinicien, présent et disponible pour son patient. Il peut s'aider d'outils technologiques innovants, mais doit rester le dernier décisionnaire.

E1-2 : *« Maintenant si demain la moitié de mes visites peuvent se transformer en télémédecine je signe tout de suite. Hein, ça ne me dérange pas. Mais après il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui fasse les ordonnances, voilà…de toute façon il faudra tout le temps qu'on se déplace ou qu'on fasse un minimum, qu'on les faxe à la pharmacie. »*

Le médecine de l'entretien E2-2 a insisté sur le manque de personnel soignant dont la présence restera indispensable : *« Regardez, ça a été mis en place par qui ? Des fonctionnaires ? Regardez, aujourd'hui, il y a plus de fonctionnaires de médecine que d'effecteurs ? Alors qu'est ce qui manque c'est des effecteurs ! Y a pas assez de lits, y a pas assez d'infirmières, y a pas assez de spécialistes pour voir les gens dans des délais raisonnables, y a pas assez d'appareils radiologiques…le Pet Scan…on en a moins qu'en Arménie ! » « Non, mais d'accord mais il faut qu'il y ait des humains derrière. J'en utilise des technologies. Mais qu'est ce que m'a rétorqué un patient ? : « La machine ça ne doit pas remplacer l'homme, en aucun cas. » Parce que les gens ne voudraient pas un diagnostic fait par une machine. » « En aucun cas l'outil ne doit remplacer l'homme. Il doit l'aider. [Il insiste]. Jusqu'où l'aider ? Il doit l'aider. Qui c'est qui décide en dernier ? C'est l'humain. »*

b) Perspectives d'avenir

- Evolution des pratiques professionnelles

L'usage du numérique est dépendant des habitudes générationnelles, de travail et de l'intérêt de chaque professionnel pour les nouvelles technologies.

E1-2 : *« Après il faut qu'on change nos mentalités. »*

E1-1 : *« j'ai l'impression que c'est une dynamique qui va faire partie des modes d'exercice »*

E2-2 : *« Dans 10 ans ce sera peut-être généralisé. » « Mais à un moment ou un autre, si c'est dans le sens de l'histoire tout le monde va s'y mettre. » « Mais la télémédecine, ça va peut-être dans le sens de l'histoire…moi je pense qu'il y a toujours une adaptation au départ. »*

- Evolution des moyens de communication

Les médecins se doutent que leurs modes de travail vont évoluer avec les nouvelles innovations technologiques.

E1-2 : *« les structures sont plus lourdes évidemment et sont en train de ré-évoluer par le biais de la technologie » « je pense que la technologie a encore son mot à dire, elle évolue tellement vite… » « C'est du matériel qui va évoluer. Forcément. C'est le début. »*

- Usage d'objets connectés

L'utilisation de la e-santé et des objets connectés est une dynamique qui prend de l'ampleur.

E1-2 : *« je pense que ça doit être de plus en plus ouvert pour surveiller les personnes âgées à domicile. »*

- Extension à d'autres structures ?

La télémédecine semble avoir sa place dans le parcours de soins, elle n'est aujourd'hui qu'à ses prémices et son développement sur le territoire commence. Certains médecins pensent qu'il serait intéressant d'étendre les réseaux à d'autres structures médicales.

E2-1 : *« ça devrait être généralisée à d'autres spécialités dans des structures non hospitalières, en cabinet ou en clinique privée pourquoi pas, à qui on peut demander un avis avec une caméra »*

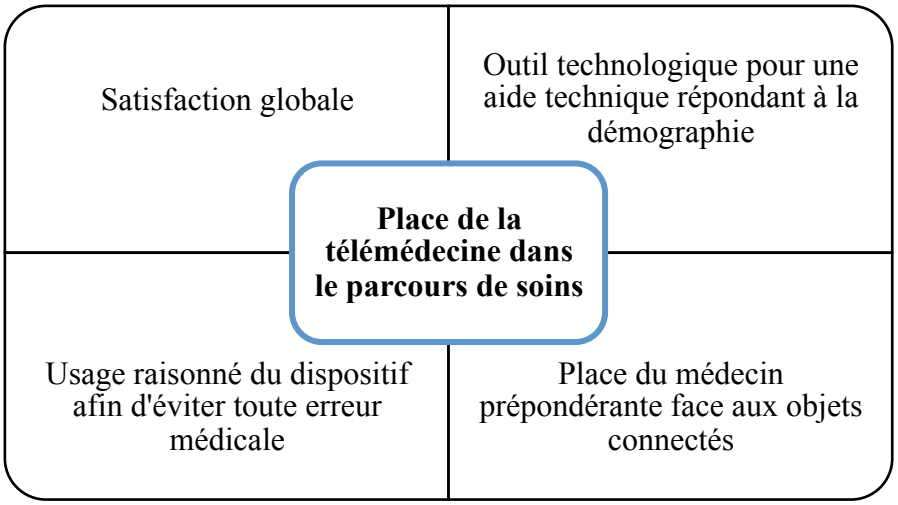


Figure 7 : Place de la télémédecine dans le parcours de soins

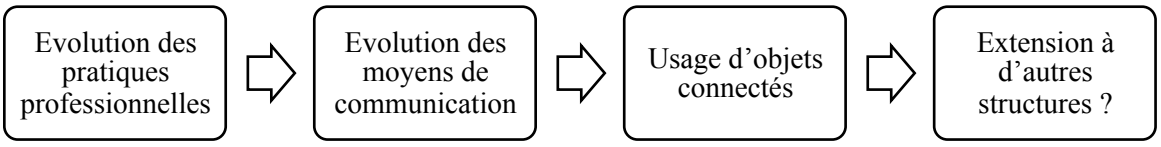


Figure 8 : Perspectives d'avenir

V. DISCUSSION

A. Discussion de la méthode

1. Rappel des objectifs

L'objectif de l'étude était de mettre en lumière les représentations, attentes et expériences des médecins généralistes vis-à-vis de l'usage de la télémédecine, pour leurs patients en EHPAD.

Avec l'essor de la télémédecine dans les dernières années, quelques sujets de thèse ont émergé sur la place de la télémédecine en EHPAD, le ressenti des médecins généralistes face à la télémédecine, la place de la télémédecine en ruralité (25–34). Dernièrement, une étude pilote sur les télé-usages en EHPAD a été commandée par le Pr N. Salles et effectuée par le centre Emile Durkheim de l'Université de Bordeaux. Cette étude a été réalisée en Gironde auprès des soignants, mais non spécifiquement auprès des médecins généralistes traitants (35). Le grand point fort de notre étude fut de soulever les freins et attentes des médecins généralistes à la télémédecine afin d'apporter des clés pour une meilleure application du dispositif en Gironde.

2. Le choix de la méthode qualitative

Le choix de la méthode était dicté par la question de recherche. Ce type de recherche nécessite une démarche compréhensive des comportements, des perceptions et ressentis des professionnels face à un nouvel outil (23). La recherche qualitative était donc adaptée à l'étude.

Chaque professionnel de santé était interrogé de manière individuelle en face-à-face dans un environnement sécurisant, au sein de son cabinet médical. Les entretiens semi-directifs, permettaient à l'interviewé d'exprimer librement ses sentiments et opinions sur le sujet traité (19). Les entrevues étaient structurées par un guide d'entretien qui orientait la discussion.

L'ordre des questions étant flexible, l'intervieweur démarrait avec des questions générales et avait recours progressivement à des questions plus précises. Il incombait à l'intervieweur de créer un climat de confiance afin de mettre le participant à l'aise pour répondre aux questions.

3. Validité interne

Les médecins étaient contactés par l'intermédiaire d'une personne relais, qui était le médecin coordonnateur de chaque EHPAD. Cette méthode de sélection s'appelle « l'échantillonnage par choix raisonné » c'est-à-dire que les participants sont choisis sur la base de critères précis afin que les éléments soient représentatifs du phénomène étudié (19). Bien que cette méthode apporte un biais, elle reste une méthode de choix pour notre étude. Les médecins coordonnateurs nous ont orienté vers des médecins susceptibles de fournir des données pertinentes. Ainsi les médecins interrogés avaient des profils variés d'utilisation de la télémédecine. Deux médecins étaient « contre » ce nouvel outil, un médecin en avait connaissance mais ne l'avait pas encore utilisé, deux médecins ont fait participer leurs patients à une téléconsultation sans y assister et deux médecins généralistes ont assisté à des téléconsultations en direct avec leurs patients.

Le profil des médecins généralistes interrogés ne semblait à première vue que peu varié puisque tous étaient des hommes entre 52 et 66 ans (moyenne d'âge 61 ans). Lors du dernier recensement du CNOM au 1er janvier 2016, la moyenne d'âge des médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine étaient de 51,7 ans, 26% étaient âgés de 60 ans et plus. Les hommes représentaient 56% (36). Le profil de notre échantillon correspondait finalement au profil médecins généralistes aquitains.

Les zones géographiques sélectionnées semblaient représentatives du territoire : un EHPAD urbain, semi-urbain et rural en fonction de la distance par rapport au centre expert.

Des médecins contactés ont refusé de participer à l'étude par manque de temps et d'intérêt ce qui explique le faible échantillon.

Lors d'une prochaine étude, il serait intéressant d'augmenter la taille de l'échantillon et d'avoir des profils de médecin plus variés (sexe féminin, âge plus jeune) afin d'améliorer la validité interne de l'étude.

4. Validité externe

Les critères de validité externe sont dus à l'environnement de l'intervieweur et de l'interviewé. Dans le cas de cette étude, les entretiens se déroulaient au cabinet médical du médecin, lieu de confiance, qui le rendait plus à l'aise lors de l'interview. Certains rendez-vous étaient pris sur une plage horaire de consultation, limitant un temps d'entretien imparti ou étaient pris en début ou fin de consultation. Trois entretiens ont été interrompus par le téléphone. Ces biais pouvaient écourter ou parasiter le discours de l'interviewé.

5. Biais d'investigation

Ils interviennent dans le recueil de données lorsque le chercheur interroge les participants d'une manière qui peut influencer leur discours. Les questions suivaient un guide d'entretien, construit uniquement avec des questions ouvertes. Mais d'autres ont pu être posées parce que les réponses fournies semblaient incomplètes. Néanmoins, aucune réponse n'a été donnée par l'enquêteur. Parfois pris dans la conversation, certaines questions prévues initialement pour être ouvertes sont devenues des questions fermées. Cependant la qualité de l'interview s'est améliorée au fur et à mesure des entretiens. Il aurait été souhaitable de réaliser des entretiens pré-tests pour diminuer ce biais. De plus, les verbatim n'ont pas été soumis aux médecins interrogés qui n'ont pu témoigner de la justesse des propos retranscrits.

6. Biais d'interprétation

L'analyse qualitative induit obligatoirement une analyse subjective inductive par l'enquêteur. Ce biais est majoré lorsque l'analyse n'est effectuée que par un seul chercheur, ce qui était le cas dans cette étude. L'analyse en théorisation ancrée consiste à faire des allers-retours entre la collecte des données qui représente la réalité des participants et les conceptualisations qui se dégagent de cette réalité (19).

De plus, la validité d'une étude qualitative est assurée par la saturation des données. Ici, l'étude s'est arrêtée par manque de participants. Pour que les hypothèses émises soient

généralisables à l'ensemble des médecins généralistes, il aurait fallu augmenter la taille de l'échantillon.

B. Discussion des résultats

1. Médecins généralistes et personnes âgées

a) Le médecin traitant : un professionnel polyvalent et surchargé

Tous les médecins généralistes de notre étude ont décrit un manque de disponibilité et des emplois du temps surchargés pour se consacrer à une activité qui s'ajoute encore à leur quotidien.

Effectivement, l'exercice de la médecine générale ne se résume pas qu'aux activités de soins de la patientèle du cabinet. Elle inclut également des tâches de gestion administrative, des temps de formation, la participation à la permanence des soins, des activités de soins dans une structure extérieure ou au sein d'une organisation professionnelle (37).

D'après une étude de la DREES sur les emplois du temps des médecins généralistes, la durée moyenne d'une semaine de travail est de 57 heures. Face à un emploi du temps chargé, 42 % des généralistes considèrent *« avoir travaillé autant qu'ils le souhaitaient et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait »*. La même proportion de praticiens répond cependant *« qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence »*. Enfin 15 % retiennent la proposition *« qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne peuvent pas pour des raisons financières »* (37).

b) La personne âgée en EHPAD : dépendante et poly pathologique à la communication limitée

D'après les projections de l'INSEE, si aujourd'hui en 2017 l'espérance de vie est de 79 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes, elle serait en 2050 de 84 ans pour les hommes et de 89 ans pour les femmes (38).

Mais vivre plus longtemps n'est pas synonyme de bien vivre. A partir d'un certain âge, les problèmes de santé s'ajoutent : les pathologies chroniques, les troubles du comportement, la démence, la dépression, les problèmes de iatrogénie, la dénutrition ; induisant une perte d'autonomie et une dépendance des personnes.

L'autonomie et la dépendance sont deux notions différentes que rappelle le Collège National des Enseignants de Gériatrie.

- L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement (39).
- La perte d'autonomie peut survenir brutalement ou apparaître progressivement. Dans ce cas, elle se présente comme un syndrome clinique qui regroupe des signes généraux (asthénie, anorexie…), des signes fonctionnels (chute, incontinence…), des signes psychiques (perte de l'attention, de l'élan vital…), des signes sociaux (isolement progressif et négligence) (40).
- La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. Elle implique le déplacement vers un tiers des actes nécessaires à la vie quotidienne (39).

En France, 17% des plus de 75 ans et 20% des plus de 85 ans sont considérés comme dépendants (16).

Des outils d'évaluation globale de la dépendance existent pour définir les différents stades de dépendance des personnes âgées. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource) évalue l'état fonctionnel et classe les besoins de soins et d'aide d'un sujet (40,41).

Ces patients présentent souvent un déficit neurosensoriel visuel et auditif qui peut altérer la communication et leur vie sociale (42). Il semble important de mettre en place les bonnes conditions d'échanges avec ces personnes âgés. L'usage du numérique doit alors s'adapter à cet impératif.

c) Le médecin et son patient âgé : une relation de confiance unique et adaptée à chacun

La relation médecin-malade est une relation unique, dépendante de la personnalité du médecin et de son patient qui évolue en fonction de l'état de santé du patient.

Une étude sur les attentes des patients dans la relation avec leur médecin révélait que les patients attendaient d'eux une compétence biomédicale, une compétence dans la communication (comme l'écoute active et empathique), une disponibilité et une accessibilité.

Cette relation harmonieuse attendue permettrait un diagnostic efficace, une amélioration de la qualité de vie par la prise en compte du point de vue du malade et une bonne observance thérapeutique (43).

Le patient résidant en EHPAD, parfois seul sans famille, crée une relation personnelle avec son médecin qui peut devenir la seule personne de l'extérieur à venir le voir. Il y a toute une préparation à la visite du médecin et le développement *d'une « symbolique du rendez-vous »* à laquelle le résident se prépare tant physiquement que psychologiquement (44). Se retrouver seul à seul avec lui permet d'aborder des sujets intimes (45).

Mais ces relations évoluent avec l'arrivée du numérique dans nos pratiques de soins et nos modes de communication.

d) De la relation paternaliste aux relations virtuelles : l'évolution de la relation médecin-patient avec l'ère du numérique

La clinique ; du grec *kline* = lit ; définit les pratiques dans lesquelles tous les éléments qui peuvent être recueillis par le médecin, le sont par ses seuls organes des sens dans son cabinet de consultation. L'écoute attentive, l'interrogatoire précis et l'examen physique complet du malade sont les bases de la médecine clinique qui impliquent une relation étroite entre le patient et son médecin (46).

Avec l'arrivée de la santé numérique, le modèle paternaliste dans lequel le médecin omniscient s'avérait être le seul à posséder la connaissance médicale et faisait figure d'autorité, s'est estompé. Il évolue pour laisser place à une approche plus inclusive où le diagnostic et la thérapeutique se font en « codécision » avec le patient. Dès lors, le patient devient un acteur à part entière, capable de communiquer et d'exprimer ses sentiments. L'information médicale est en libre accès sur internet, renouant un lien social parfois distendu avec la maladie et donnant aux malades la possibilité d'accéder plus facilement à l'information médicale.

Quelques études se sont intéressées aux modifications de la relation médecin-patient depuis l'arrivée du numérique, mais aucune ne s'est focalisée sur la population gériatrique. Il reste cependant intéressant de regarder les résultats suivants.

Une étude du CNOM et de l'Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales (IPSOS) de 2010 sur les usages d'Internet en France et leur incidence sur l'évolution de la relation médecins-patients démontrait que les médecins restaient la principale source d'information des Français en matière de santé (89%), devant Internet (64%). 71% des Français cherchaient des informations médicales ou de santé sur le web. Mais Internet semblait influencer de façon positive la relation médecin-patient. En effet, 36% considéraient que les relations avec les médecins devenaient plus constructives, basées sur le dialogue, et 30% estimaient qu'elles étaient plus franches qu'auparavant (47).

Une deuxième étude a évalué la satisfaction de 30 patients atteints de diabète, pour juger une interface de télémédecine en connexion directe avec leur médecin. 24 patients l'estimaient satisfaisante. Les possibilités de compréhension mutuelle et de perception des échanges au cours de la téléconsultation étaient jugées satisfaisantes par 12 patients, excellentes par 16. 2 patients n'ont pas répondu. 20 patients approuvaient pleinement l'utilisation de l'interface pour le maintien d'une relation personnelle et confidentielle avec leur médecin ; 5 l'ont simplement approuvée ; 1 l'a considérée quelque peu utile et 2 l'ont désapprouvée. Les réponses n'étaient pas liées à l'âge (48).

Une étude de M. Desbordes sur la télémédecine en psychiatrie chez le sujet âgé a été réalisée au CHU de Normandie. Les paramètres « acceptabilité par les patients », « faisabilité technique » et « satisfaction des patients comme des soignants » apparaissaient tout à fait satisfaisants en termes de taux d'acceptation (49).

Enfin, citons l'expérimentation de la télémédecine dans un centre pour handicapés. 100 % des patients ont accepté la téléconsultation. Ni la déficience intellectuelle, ni le handicap psychique, moteur ou sensoriel, ni l'épilepsie ou la trisomie 21 n'entachaient la confiance en la téléconsultation. La curiosité que suscitait ce nouveau mode de prise en charge transformait la consultation : les patients habituellement agités étaient plus calmes, les patients anxieux étaient à l'aise et touchaient l'écran. Par ailleurs, on aurait pu imaginer qu'un patient psychotique puisse développer des éléments paranoïaques, ce qui n'a jamais été le cas. Pour l'ensemble des patients, on retrouvait un sentiment de valorisation, le patient handicapé se sentait considéré et important. La qualité de la relation médecin/malade semblait aussi tout à fait satisfaisante : il a été possible de rassurer dans le cas de diagnostic grave, d'expliquer des examens complémentaires lourds, de dénouer des situations de la vie quotidienne avec un temps de consultation habituel (14 minutes) (50).

Ces études montrent la satisfaction et l'adhésion des patients, que ce soit dans le domaine des pathologies chroniques, des sujets handicapés souffrant de déficiences neurosensorielles et des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. Les téléconsultations en EHPAD y auraient-elles toutes leurs places ?

2. Les pratiques professionnelles dans la demande d'avis médical

a) Les relations entre confrères sont très cordiales et se tissent avec l'expérience

Notre étude a montré que les médecins généralistes faisaient appel à un confrère spécialiste lorsqu'ils étaient confrontés à un doute diagnostique et/ou thérapeutique ; et/ou pour rassurer l'équipe soignante ou le patient et sa famille.

Ils ne relevaient que peu de difficultés d'accès à cet avis, car aidés d'un carnet d'adresses bien fourni par l'expérience et de moyens de communication numériques facilitant leurs échanges.

Les échanges entre confrères sont effectivement réguliers. Une étude de la DREES de 2008 sur les réseaux professionnels des médecins généralistes, affirmait que 90% des médecins interviewés avaient eu des échanges avec des spécialistes dans les quinze derniers jours. Ce contact avait pour objectif *d' « accélérer le rendez- vous »* (25 %) et de *« discuter de la prise en charge »* du patient (20 %) (51).

E. Sejourne révélait dans son étude sur les modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes que les deux critères principaux de sélection d'un confrère étaient : la connaissance du correspondant par le médecin (rencontré au cours de sa formation universitaire, lors d'une formation médicale ou dont le nom circule par le bouche-à-oreille) et la compétence technique. Puis venait l'importance de la qualité relationnelle entre le patient et le correspondant, sa disponibilité, une relation confraternelle de qualité ainsi que la rigueur du correspondant. Trois critères apparaissaient comme des critères d'exclusion : la différence générationnelle (c'est-à-dire des correspondants médicaux d'âge éloigné), l'absence de rencontre (« mettre un visage sur un nom ») et les dépassements d'honoraires (52).

Dans le travail en équipe, les objectifs de soins sont communs, mais chaque professionnel raisonne et agit en fonction de sa formation initiale et de son champ de compétences. Les différents raisonnements professionnels ne s'opposent pas, ils sont complémentaires.

Développer de telles synergies est indispensable et justifie des efforts pour dépasser certains obstacles ou certaines difficultés d'organisation (53).

Pour améliorer les relations entre confrères, la première stratégie est celle de l'honnêteté intellectuelle et professionnelle : consacrer un vrai temps pour les correspondances écrites et orales. La seconde est celle de la tolérance, chacun ayant ses contraintes professionnelles et ses compétences spécifiques qui doivent être acceptées comme des éléments incontournables de la relation. Ce sont les contacts physiques directs entre médecins, dans le cadre professionnel ou privé, qui restent le meilleur moyen de construire une relation personnelle entre confrères. Ces contacts permettent de créer une estime réciproque et un lien direct favorisant la compréhension des conditions d'exercice du métier de l'autre (54).

b) Les moyens de communication utilisés entre confrères évoluent

Dans l'étude de la DREES précitée, 95 % des généralistes utilisaient le courrier pour correspondre avec leur confrère et une fois sur trois ils les joignaient au préalable *« par téléphone ou par mail » (51)*.

Tout comme les médecins de l'enquête, le Dr J. Lucas, vice-président de l'Ordre des médecins en charge des nouvelles pratiques, se défendait d'être *« ringard »* préférant les mails et SMS pour échanger avec son cercle de confrères. *« Les relations confraternelles restent privilégiées, mais le numérique les accélère. »*. Il souhaitait que *« les facultés de médecine intègrent une formation sur les Technologies de l'Information et de la Communication, dont Internet, dans le cursus universitaire »* (47).

Effectivement, à l'université l'usage des outils numériques est peu enseigné *« même si certains formateurs ne sont pas réticents aux nouvelles technologies »,* témoigne J.C. Valencia, médecin généraliste enseignant au sein des universités Paris-Diderot et Paris-Descartes. « *On passe des heures à apprendre, mais on ne nous transmet aucune culture de l'innovation, du faire différemment. Il est difficile de créer un reflexe de partage »,* expliquait-

t-il en 2014. Il est à l'origine du site Tools & Docs, qui est une plateforme collaborative pour les médecins généralistes (55).

Et pourtant, en 2007, une étude canadienne a étudié l'impact d'un système de communication en ligne sur la continuité des soins. Elle recommandait déjà l'utilisation d'un protocole plus standardisé de communication des informations médicales pour contourner les insuffisances réciproques. Le web sécurisé semblait être une opportunité (56). La télémédecine avait-elle déjà un avenir ?

c) Les liens entre la médecine de ville et la médecine hospitalière peinent à s'améliorer

Les médecins généralistes de notre étude ont décrit les relations avec l'hôpital comme difficiles, notamment avec des spécialistes peu accessibles et peu disponibles.

L'expérience confirme que dans 80% des cas, les médecins adressent leur patient à un correspondant libéral (51). Ils semblent plus accessibles, plus disponibles. Mais l'hôpital reste privilégié pour sa compétence technique avec notamment de nouveaux outils d'aide au diagnostic. On y pratique moins les dépassements d'honoraires et il y a moins de risque de captation de clientèle (57).

D'après une étude sur l'information médicale entre l'hôpital et la ville, la communication semble satisfaisante en terme quantitatif de façon globale : les médecins généralistes reçoivent des informations pour 8 patients sur 10 adressés à l'hôpital. Toutefois, elle n'est ni constante suivant le motif de recours à l'hôpital, ni efficace selon le type d'informations. Les médecins généralistes ont le sentiment que les médecins hospitaliers ne collaborent pas avec eux (58).

Une étude de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) retrouvait des résultats similaires avec des relations ville-hôpital médiocrement appréciées. La lenteur des retours d'information, la difficulté à obtenir des rendez-vous, le sentiment de traiter avec un monde à

part sont les principaux griefs. L'hôpital semblait apparaître comme un milieu froid, opaque, moins confraternel et freiné par sa lenteur administrative (59).

Mais la mise en place des réseaux de santé, a permis d'améliorer « *la collaboration avec le milieu hospitalier »* pour 62% des généralistes (51).

Par exemple, certains hôpitaux ont mis en place un « médecin référent hospitalier journalier » ; qui assure un service de permanence d'astreinte téléphonique pour répondre aux questions et demandes des médecins libéraux. Cependant ces numéros d'appel sont souvent méconnus. Les médecins semblent « noyés » parmi les nombreux courriers et publicités reçus ne retenant pas toutes les informations (60).

3. Faire rentrer la télémédecine dans les habitudes de travail est un challenge

a) Pour induire le changement il faut lutter contre les habitudes générationnelles et les représentations des acteurs

Comme il est rappelé plus haut, les médecins fonctionnent déjà en réseaux de confrères avec des habitudes de travail rendues efficaces par l'expérience et le bouche à oreille (52). L'apparition d'Internet et des objets numériques fait progressivement irruption dans leur quotidien et leurs pratiques professionnelles.

Chaque médecin s'approprie ces instruments en fonction de ses besoins. F. Lombardo, dans son travail de thèse sur le ressenti des médecins généralistes face à la télémédecine notait que certains médecins généralistes s'interrogeaient sur la valeur ajoutée de cet outil dans leur travail (27).

Dans notre étude, la moyenne d'âge des médecins interrogés était de 61 ans. Certains étaient proches de la retraite, et on peut comprendre qu'ils ne souhaitaient pas s'impliquer dans une nouvelle organisation de leur travail.

L'adoption de la télémédecine impose une nouvelle organisation des soins qui impacte les pratiques professionnelles. Les principaux effets sont de plusieurs ordres :

- une modification des pratiques professionnelles nécessitant une capacité d'adaptation et une formation à l'outil,
- la mise en place d'organisations professionnelles nouvelles (hospitalières ou ambulatoires),
- le développement de nouvelles formes de rapports entre les acteurs du système de soins (patients, médecins, paramédicaux, autres professionnels, établissements de santé).

Chaque médecin accueille un nouveau projet en fonction de ses représentations qui influencent ses choix, objectifs et actions. Il peut percevoir le changement comme un *« espoir »* pour venir à bout d'une situation de crise ou comme une « *menace* » pour le système et ses acteurs (61). Ici les représentations sont relatives à l'EHPAD et à la télémédecine, mais également aux cultures du métier des professionnels de santé.

L'adhésion du médecin à ce nouvel outil dépend de sa manière de travailler et de sa culture professionnelle. Lorsque celui-ci valorise le travail en équipe, la relation horizontale (moins hiérarchisée), la formation continue et le dialogue entre professionnels, il est plus susceptible d'adopter la télémédecine.

L'implication du médecin dans l'EHPAD est aussi un facteur d'adhésion. Par exemple, lorsqu'il a des relations de longue date avec l'équipe de l'EHPAD, lorsqu'il s'y rend régulièrement, lorsqu'il suit de nombreux résidents... Cette proximité avec l'équipe favorise la communication qui convaincra le médecin du bienfondé de la télémédecine (35).

b) Pour limiter la méfiance des médecins à l'égard de la télémédecine, il faut les replacer au centre de la prise en charge de leur patient, ce qui permettra un usage justifié et raisonné de l'outil

Plusieurs médecins interviewés avaient le sentiment que l'on « se passait d'eux » dans les soins de leur patient.

Ce constat est retrouvé dans la thèse de F. Lombardo où elle notait la remise en question des médecins sur l'organisation des soins, entraînant une réflexion plus globale sur la place du généraliste et l'avenir de la médecine libérale. Les médecins semblaient mitigés et méfiants lorsque l'on abordait les sujets des plates-formes de télémédecine, de la relation médecin-patient et du secret médical (27).

Dans l'autre travail de thèse de M. Durupt sur les représentations et expériences de la télémédecine en zone rurale les médecins exprimaient leur désir de préserver leur rôle de pivot et d'être acteurs de cette télémédecine qui ne devrait pas leur être imposée (28).

Et pourtant, depuis la mise en place en France, du parcours de soins coordonnés du patient par la réforme de l'Assurance Maladie de 2004, le médecin généraliste a pris un rôle central, première étape avant d'« accéder » aux spécialistes (7).

H. Bergeron et P. Castel décrivaient certains médecins comme *« captants »*, c'est-à-dire qu'ils se considèrent comme les uniques décisionnaires de ce parcours. Ils ont l'habitude d'être au centre de la chaîne thérapeutique et cherchent alors à conserver cette position centrale en limitant au maximum l'intervention d'autres professionnels de santé sur le parcours de leur patient (62).

Dans son rapport sur « les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales » publié dans la revue française de sociologie en 2013, A. Mathieu-Fritz va jusqu'à dire que les médecins pourraient avoir le souci de ne pas partager leurs savoirs et le souhait de maintenir l'opacité sur leurs pratiques professionnelles. Ne pas se montrer revient à se prémunir contre les jugements négatifs de ses pairs et des autres collègues, et constitue une bonne façon de préserver son autonomie dans le travail (63).

Il est vrai, que la télémédecine engendre de nouvelles formes de collaboration entre partenaires de soins, pouvant mener les médecins à une perte d'autonomie dans le processus de décision. Elle aplanit la hiérarchie médicale, crée une nouvelle division du travail tout en introduisant une logique de concurrence entre ces mêmes acteurs (64).

L'idée est de mettre en avant le médecin traitant qui reste décisionnaire puisque le spécialiste du centre expert ne donne jamais de prescription : il ne donne que des préconisations de prescription. Le médecin traitant est alors celui qui prend la décision et celui qui valide les recommandations de l'expert.

Avant de s'intéresser aux applications de la télémédecine, il est utile de rappeler les bénéfices attendus par la DHOS dictés en 2008 :

- *pour les patients :*

- une accessibilité « au bon traitement au bon endroit » en cas de décision de transfert prise par le spécialiste
- une baisse des coûts de transport pour les organismes payeurs en cas de transfert évité
- une confiance renforcée non seulement du patient mais de son entourage
- une prise en charge adaptée à la pathologie présentée
- une amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie

- *pour les personnels de santé et médecins :*

- une accessibilité au dossier du patient pour optimiser l'avis donné
- une baisse des frais de déplacement des médecins
- une médecine de partage des savoirs et de transmission des connaissances
- une meilleure qualité des pratiques professionnelles

- *pour l'hôpital requis :*

- une offre de soins adaptée
- une diminution potentielle des hospitalisations
- une meilleure efficacité de l'organisation
- une réputation assurée auprès des patients et des médecins traitants

- *pour l'Etat :*

- un meilleur aménagement du territoire
- une maitrise des dépenses
- une gestion optimale du système de soins (2)

Elle émettait alors dix recommandations pour le déploiement de la télémédecine en France :

- une volonté politique à afficher
- un cadre juridique à définir
- des protocoles de télémédecine à mettre en place
- le développement de la télémédecine sur les projets de réorganisation de l'offre de soins
- le développement de la télémédecine dans les territoires isolés
- un financement établi pour un développement opérationnel
- la mise en œuvre d'un environnement technologique
- la formation des usagers à la télémédecine
- un accompagnement des usagers dans l'utilisation de la télémédecine
- la mise en place d'outils de pilotage et d'évaluation par l'Etat (2)

Chacune de ses attentes et recommandations a été initiée, certaines ont été mises en place et fonctionnent, d'autres sont encore au stade préliminaire.

4. La télémédecine : un outil méconnu qui ne demande qu'à être promu

- **Promotion, communication et formation des professionnels**

Les médecins interviewés semblaient avoir une connaissance limitée sur la télémédecine. Et pourtant, c'est lors des réunions de coordination gériatrique ; auxquelles ils étaient parfois absents ; ou par le biais des soignants de l'établissement, qu'ils ont découvert l'usage de la télémédecine.

Les thèses de F. Lombardo et de M. Durupt mettaient également l'accent sur une méconnaissance des médecins face à cet outil, allant de pair avec une vision restrictive de la pratique (27,28).

Comme le rappelle le Dr I. Hauger dans son article sur « la télémédecine gériatrique en France : enjeux et défis », l'usage de la télémédecine nécessite une formation à l'outil. Elle crée de nouveaux enjeux professionnels en termes de management, d'accompagnement au changement, d'information et de visibilité des acteurs.

Ce serait aux gériatres du centre expert, premiers convaincus, de faire la promotion de la télémédecine. Les directeurs d'établissement et les médecins coordonnateurs d'EHPAD ont aussi un rôle à remplir par la sensibilisation et la mobilisation participative des équipes (65).

Cependant, les médecins apparaissaient « intrigués » par ce nouvel outil. Comme dans les travaux de S. Mathieu et F. Lombardo, ils semblaient ouverts à cette technique, demandeurs d'information et de formation (26,27).

Le CNOM avait bien pressenti ces interrogations des médecins. Il recommande que tout projet de télémédecine comporte un volet relatif à la formation des professionnels impliqués (15).

Les facultés de médecine commencent tout juste à intégrer la télémédecine dans les programmes d'enseignement.

La première Unité d'Enseignement de Télémédecine a été créée en 2013 à l'Université de Picardie Jules Verne et intégrée au master de recherche : Physiopathologie Humaine, Explorations Fonctionnelles et Imagerie (66).

A l'Université de Bordeaux, le programme du Deuxième Cycle des Etudes Médicales aborde des notions d'éthique quant à l'utilisation de la santé numérique, sans développer la télémédecine.

En novembre 2014, a été fondé le premier Diplôme Inter Universitaire (DIU) de Télémédecine à Bordeaux, sous la présidence du Pr N. Salles et codirigé par M. Chaleuil. Ce DIU est accessible aux soignants et directeurs d'établissement qui souhaitent se former à un projet de télémédecine. Il existe maintenant dans les facultés de Lille, Besançon, Caen, Nantes et Montpellier. C'est un bonus mais qui n'est pas un préalable requis à l'exercice de la télémédecine.

Un DU sur l'enseignement pluridisciplinaire pratique de la santé connectée a également été mis en place à l'Université Paris Diderot.

En 1989, le professeur Louis Lareng inaugura l'Institut Européen de Télémédecine à Toulouse. Il promeut le développement de la télémédecine à travers des programmes de recherche et des veilles scientifiques.

La Société Française de Télémédecine, mais également d'autres organisations, telles que « Agir pour la télémédecine », « TGEM » (Télémédecine Gériatrique en sanitaire et médico-social), « Télémédecine 360 » ou encore « WeTelemed » dispensent des formations à l'exercice de la télémédecine.

La télémédecine est à son début et se fait progressivement connaître. Une communication plus efficace, une formation qui s'intègre dans les facultés, un outil qui rentre dans les mœurs, des professionnels qui s'engagent, des retours d'expériences positifs ; tous contribuent à la promotion de cette nouvelle technique.

5. Le patient, le premier bénéficiaire de la télémédecine

a) Moins de déplacements, des hospitalisations évitées pour plus de confort

La fragilité du patient, la difficulté de le déplacer, le souhait de privilégier son confort, sont des arguments en faveur de la téléconsultation, que confirment l'enquête sur les « télé usages en EHPAD » (35).

Dans la thèse de S. Chamaret sur les conditions d'acceptabilité sociale de la télémédecine en EHPAD en région Centre et celle de G. Gaboriau sur le ressentis des soignants avant et après la mise en place de la télémédecine en Vendée, les professionnels de santé notaient une nette amélioration du confort du patient, en évitant les transferts et en le maintenant dans son environnement de vie (30,31).

Une expérimentation entre le service des urgences du CHRU de Nancy et douze EHPAD a montré que de nombreuses situations pouvaient être gérées à distance, grâce à des tablettes, évitant le déplacement du patient. Les hospitalisations et tous leurs désagréments (attente en salle d'attente, perte de repères, trouble du comportement, alitement prolongé, escarres…), étaient réduits (67).

Enfin, citons l'étude bordelaise de 2017 du Pr N. Salles sur l'évaluation globale gériatrique par téléconsultation en EHPAD. Sur les 500 actes analysés, 75,6% des transferts hospitaliers ont pu être évités, puisque les médecins du centre expert jugeaient l'indice de diagnostic efficace et résolvaient les problématiques en ligne (68).

b) Un avis d'accès rapide, des nouvelles propositions thérapeutiques, une amélioration clinique significative

Les médecins ont noté des délais de rendez-vous plus rapides que pour une consultation classique en cabinet (entretien fixé dans une période de 24 heures à 10 jours). La rapidité est également notée dans la réception du compte rendu, reçu dans la journée.

La compétence des équipes spécialistes a été remarquée car l'intégralité des problématiques a été résolue, les avis donnés étaient justes et adaptés au patient.

De la même façon, les travaux de S. Mathieu, G. Gaboriau ainsi que l'enquête sur les « Télé usages en EHPAD » soulignaient le gain de temps sur le délai à la consultation et la qualité du retour du compte-rendu de consultation. Cette motivation organisationnelle encourageait les soignants à renouveler leur demande (26,31,35).

Sur le terrain, les retours d'expériences ont été très encourageants. Une autre étude prospective du Pr N. Salles, réalisée sur 51 téléconsultations de plaies chroniques chez les patients âgés, a montré une amélioration significative de la cicatrisation des plaies. L'intérêt des réunions pluri professionnelles virtuelles a été souligné, améliorant la formation théorique et pratique des soignants. Cette assistance aux soins à distance a permis d'améliorer l'observance thérapeutique à 100% (69). L'autre étude bordelaise précitée précisait que plus les soignants étaient nombreux à participer à la téléconsultation, meilleure était l'optimisation thérapeutique (70,2%) (68).

Dans la thèse de S. Chamaret, les professionnels de santé pointaient les complications médicales évitées : retard à la prise en charge médicale, perte des repères, escarres…(30)

Au final, de nombreuses études retrouvent les mêmes résultats que nos interviewés. On peut insister sur le fait que certains médecins de notre étude ont parfois décrit une prise de risque envers leur patient lorsqu'ils étaient contraints de se passer d'avis médical parce que celui-ci

était inaccessible. Ce dernier point révèle l'importance d'un moyen d'accès rapide à un avis que la télémédecine peut apporter aujourd'hui.

6. Les soignants, valorisés dans leur exercice

a) Ecoute, réassurance, implication, amélioration de l'observance des équipes soignantes

Les médecins interrogés ont tous eu le sentiment que les équipes des EHPAD se sentaient écoutées et qu'elles pouvaient contribuer directement à l'optimisation de la prise en charge du patient. Les médecins ayant eu recours à une téléconsultation pour leur patient, ont eu des retours positifs des équipes qui se sont autonomisées et ont pris confiance dans leurs soins.

L'enquête de satisfaction réalisée auprès des soignants dans une des études bordelaises montrait que la plupart des soignants de l'EHPAD étaient satisfaits ou très satisfaits avec une satisfaction globale moyenne de 9,2 +/- 0,7 sur un score total de 10 points (68).

En effet, la téléconsultation permet de communiquer en direct, sur un mode instantané en face-à-face avec le correspondant, intégrant une communication non verbale importante dans les relations humaines.

b) Echange pluri-professionnel interactif et formation

Dans la thèse de S. Chamaret, les soignants ont relevé des échanges interprofessionnels de qualité qui contribuaient à leur formation (30).

Dans le même article précité, A. Mathieu-Fritz notait que la rencontre entre soignants et médecins lors de la téléconsultation favorisait la mutualisation instantanée de connaissances et de savoir-faire. En assistant le patient, chaque soignant deviendrait un *« interlocuteur*

privilégié » et ferait partie d'un *« microcollectif »* collaborant à la résolution du problème du patient (63).

D'après lui, la télémédecine a fait rentrer l'hôpital dans les EHPAD et les liens entre les médecins semblent devenir plus étroits, plus directs, plus concrets, que les échanges par courrier.

Mais en pratique, le médecin traitant expose la problématique du patient et s'en remet au jugement du spécialiste, n'intervenant que ponctuellement. Le degré de participation demeure très variable : certains s'imposent naturellement comme des interlocuteurs du spécialiste, tandis que d'autres restent plus passifs pendant la téléconsultation.

L'intervention du centre expert semble aussi importante pour dénouer certaines situations :

- lors d'une situation conflictuelle entre une famille et l'équipe soignante,
- pour apporter un avis médical extérieur qui tranchera entre un médecin coordonnateur et un médecin traitant,
- pour faire passer des messages de bonnes pratiques aux équipes de l'EHPAD qui seront mieux perçus par un centre expert spécialiste du CHU (35).

7. Freins et leviers à l'usage de la télémédecine dans la demande d'avis en EHPAD

a) Appareil peu ergonomique, mais de bonne qualité

Dans notre étude il semblait ressortir que l'appareil n'était pas assez ergonomique du fait de sa taille volumineuse. La qualité du son et de la vidéo paraissait satisfaisante.

Ces mêmes problématiques techniques étaient aussi relatées dans la thèse de G. Gaboriau avec un manque de synchronisation image/son parfois dû à la qualité du réseau Internet ou à la saturation des réseaux WIFI (31).

b) Acte non rémunéré : nécessitée de légiférer et de tarifier l'acte

Les médecins généralistes ont tous mis en avant le manque de rémunération des actes de télémédecine, ce qui ne les encourageait pas à donner du temps « bénévolement » pour participer aux téléconsultations.

Nombreux sont les travaux de thèses qui notent que l'absence de rémunération est un frein à la téléconsultation (26,27,30,32,34).

Et pourtant, ces actes sont dorénavant encadrés.

En effet, la tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et des professionnels de santé et celui des structures médico-sociales dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14,1, L.162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-32-1 du Code de la sécurité sociale. Il s'agit donc d'une tarification à l'activité, combinant une rémunération au séjour et d'une dotation forfaitaire de l'acte.

Quant à la rémunération des médecins exerçant la télémédecine en EHPAD, elle est encadrée par l'avenant n° 2 (70) de la convention nationale de l'assurance maladie d'août 2016 et applicable depuis le 1er novembre 2017 (71). Seules deux situations sont reconnues et légiférées :

- en cas de changement de médecin traitant pour un patient nouvellement admis en EHPAD, le nouveau médecin traitant a la possibilité de solliciter l'avis du précédent médecin traitant par téléexpertise. Cet acte permet d'identifier les points d'attention et les situations à risque chez ce patient. Cet acte dénommé TDT (Téléexpertise Dossier Traitant) est valorisé à hauteur de 15 euros, facturable une seule fois par les deux médecins.
- lorsqu'un professionnel de santé de l'EHPAD sollicite le médecin traitant en urgence pour un problème médical (hors urgence vitale), une téléconsultation du résident peut être effectuée. Cet acte dénommé TTE (Téléconsultation médecin traitant avec EHPAD) est valorisé à hauteur de 25 euros.

Il n'existe à ce jour aucun financement prévu pour la participation du médecin traitant à une téléconsultation avec son patient, mais les volontés politiques évoluent. Dans le nouveau Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) annoncé pour 2018, l'article 36 sur la prise en charge de la télémédecine, prévoit d'intégrer la téléconsultation et la téléexpertise dans le droit commun de l'assurance-maladie et ainsi de rembourser ces actes. Les établissements de santé requérants bénéficieront d'un financement forfaitaire annuel. La totalité de l'allocation sera perçue à partir d'un seuil de 50 téléconsultations par an (72).

A l'étranger, la télémédecine est pénalisée par le manque d'encadrement législatif. En Allemagne, une étude a observé l'état de développement de la télémédecine en 2013. Les freins retenus étaient : un manque de définition légale de la télémédecine et de reconnaissance par les caisses d'assurance maladie d'une nomenclature spécifique aux actes de télémédecine (73). Au Québec, c'est aussi un défaut de cadre juridique et déontologique qui freine la télémédecine (74).

Il est intéressant de regarder de plus près l'usage de la télésanté aux Etats-Unis. Une revue de la littérature parue dans le New England Journal of Medicine en 2016 fait le point sur la *telehealth,* sur son développement, ses bénéfices, limites et ses perspectives, sur la période 1980 à 2015. Les auteurs distinguent d'emblée trois tendances fortes. D'abord concernant l'objet lui-même, initialement dédié à faciliter l'accès aux soins des populations isolées, il est maintenant accessible à tous. Les indications d'utilisation de ces objets sont généralisées aux pathologies aigües, chroniques et aux maladies rares. Enfin, son utilisation s'étend au milieu hospitalier, ambulatoire et à la sphère privée. Les auteurs relèvent des limites, qui concernent la relation médecin-patient et la confiance mise à mal par l'usage de la technologie, des barrières légales et réglementaires, et enfin des inégalités sociales d'accès par des sujets peu éduqués, à faible revenu et isolés géographiquement. Le financement de la télésanté se fait au travers d'une rémunération forfaitaire pour l'équipe soignante, qui est bonifiée selon l'efficience et l'utilité pour le patient. L'impact de la *telehealth* en clinique quotidienne est désormais majeur, l'attention est de plus en plus portée sur l'organisation des professionnels, moins sur la technologie (75).

c) Des téléconsultations chronophages

- *La préparation du dossier de téléconsultation nécessite une aide*

Les médecins interrogés considéraient ce nouvel outil comme une charge de travail supplémentaire à leur quotidien. Ils s'accordaient à dire que le remplissage du dossier d'une demande de téléconsultation était chronophage. Aussi, ils souhaiteraient déléguer cette tâche aux infirmières et médecins coordonnateurs de l'EHPAD ; ce que font déjà certains médecins.

L'étude sur les « télé usages en EHPAD » retrouvait cette contrainte temporelle. La préparation d'une téléconsultation demande en moyenne 45 minutes pour remplir un dossier médical. Les équipes regrettaient également une compatibilité entre leur logiciel de soins et le logiciel de télémédecine, permettant d'exporter les données en évitant les retranscriptions inutiles (35).

- *La disponibilité des soignants : une présence primordiale autour du patient*

  - *Présence du médecin généraliste : coordonner les emplois du temps*

Tous les médecins généralistes ont expliqué qu'ils ne pouvaient pas participer aux téléconsultations pour des raisons essentiellement organisationnelles. En EHPAD, les téléconsultations sont le plus souvent programmées l'après-midi tandis que la disponibilité des médecins traitants se situe le plus souvent le matin. Il n'est pas évident d'accorder à la fois le planning de l'EHPAD, le planning du centre expert et le planning du médecin traitant. Ce dernier étant libéral et souvent très attaché à son autonomie, la contrainte que cela représente peut être véritablement problématique pour lui. A lui de rester libre de participer aux téléconsultations en fonction de ses priorités et de la gestion de son emploi du temps.

❖ *Déléguer la téléconsultation à un personnel soignant formé*

Si le médecin traitant ne peut assister à la téléconsultation, il accepte de déléguer sa présence aux soignants de l'EHPAD mais avec quelques réserves.

Ces mêmes doutes sont retrouvés dans la thèse de G. Gaboriau. Déléguer une préparation du dossier médical ou un interrogatoire ne paraît pas compliqué, mais déléguer un examen physique l'est plus (31).

La seule présence de l'équipe paramédicale autour du patient en téléconsultation oblige le spécialiste à déléguer l'examen physique et à verbaliser des activités techniques routinières à un personnel non formé pour ce genre d'examen. Cette « sous-traitance » pose la question de la confiance, du jugement et de l'acceptabilité de ces actes, outre la question de la responsabilité (76).

❖ *Participation de l'équipe soignante : consacrer un temps dédié*

L'étude sur les « télé usages en EHPAD » confirmait le manque d'un temps défini consacré aux téléconsultations. Elle préconisait de les intégrer dans la routine professionnelle des soignants sur place (35).

Elle relevait trois leviers :

- un levier individuel qui consiste à planifier son travail différemment,
- un levier organisationnel où l'on planifierait les téléconsultations sur les plages horaires les moins chargées,
- un levier interpersonnel où l'on s'arrangerait entre confrères et collègues pour se relayer l'information et partager les tâches.

8. La coordination des projets et l'encadrement des utilisateurs : un rôle clef

a) Un investissement à inscrire dans un projet de l'établissement pour qu'il soit pérenne

L'appropriation et l'usage de l'outil ne vont pas de soi une fois le matériel installé. Deux ans et demi après le lancement du projet télémédecine à Bordeaux, moins de la moitié des EHPAD équipés avaient sollicité au moins une téléconsultation ; avec une médiane de 5 téléconsultations par EHPAD et une moyenne de 11,5. Quatre établissements rassemblaient à eux seuls la moitié des demandes de téléconsultations réalisées depuis le lancement du programme (35).

Ces résultats montrent un faible engouement de la majorité des établissements de ce projet.

On retrouve ces résultats dans notre étude. Les médecins craignaient que l'intérêt porté à ce nouvel outil ne retombe malgré l'investissement des établissements. Il apparait donc fondamental que ces projets d'établissement soient pensés et portés par l'équipe pour que l'investissement persiste à long terme.

b) Le rôle d'encadrement du cadre intermédiaire

Dans tout processus de changement, le rôle spécifique du cadre intermédiaire, comme l'infirmier(ère) coordonnateur(trice) ou le médecin coordonnateur est primordial. Le cadre intermédiaire est dans une position de promoteur, d'acteur, de communiquant et d'entrepreneur du changement. Il est un point d'intersection et de médiation entre la direction générale, les acteurs de terrain et l'organisation. Son influence est aussi bien descendante (mettre en œuvre la stratégie) qu'ascendante (propositions d'alternatives). Il doit savoir générer de l'engagement et de la participation de la part de ses équipes, puisque l'appropriation du changement et la motivation des équipes de terrain sont la clé de la réussite d'un nouveau projet ou d'une nouvelle organisation (77).

c) Le nouveau métier d'assistant de télémédecine

La HAS dans sa « Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine » de 2013 prévenait que *« les pratiques induites par l'introduction de la télémédecine vont modifier l'organisation préexistante. […] Parallèlement, de nouveaux métiers apparaissent, comme le métier d'assistant de télémédecine »* (78).

Celui-ci assure, la liaison entre chaque établissement, la maitrise de la technologie, une médiation éventuelle, la préparation des dossiers et l'organisation des sessions. Cette activité permet une amélioration de l'organisation des équipes de l'EPHAD, de l'efficacité, de la coordination et de la répartition du temps médical (79).

9. La télémédecine : une solution économique ?

Des coûts d'hospitalisation évités, des frais de transport diminués, des soins mieux réalisés sans gaspillage… Ces exemples cités semblaient participer à une réduction des dépenses.

L'étude du Pr N. Salles sur les téléconsultations pour les plaies chroniques complexes montrait qu'une amélioration de la cicatrisation des plaies, engendrait une diminution du rythme des changements de pansements et donc une diminution des dépenses. 70% des consultations classiques ou hospitalisations ont également pu être évités grâce à la télémédecine (69).

Une autre étude américaine récente (2014) a démontré que la mise en place d'un service de téléconsultation en dehors des plages horaires de consultation des médecins réduisait les hospitalisations et les frais d'assurance-maladie associés. La télémédecine serait une solution rentable si elle était utilisée fréquemment, car elle reste un outil coûteux (frais d'installation du matériel et service de téléassistance) (80).

Mais quel est le coût de la mise en place de ce nouvel outil en France ? L'ARS, via le Fond d'Intervention Régional (FIR), participe au financement de l'équipement des EHPAD en

accompagnant le fonctionnement des deux premières années de fonctionnement, gérant la mise en place du réseau Internet, des plateformes en ligne sécurisée et la formation des professionnels.

Le PLFSS annoncé pour 2018 prévoit une généralisation de la télémédecine sur le territoire français, mettant fin à son expérimentation. Ce sont près de 100 millions d'euros qui seront mobilisés pour accélérer la transition numérique du système de santé (72).

P. Simon a réalisé une revue de la littérature sur les bénéfices et risques des objets connectés en télémédecine et santé mobile, publié en 2017 dans La recherche Européenne en Télémédecine. Les résultats de sa méta-analyse montrent que l'usage des objets connectés ne réduirait pas les coûts. Les causes possibles de ces résultats sont le défaut d'organisation professionnelle dans l'usage de ces technologies, le manque de coopération entre les industriels, les patients et les soignants pour assurer une fiabilité et une sécurité des usages. Mais ces travaux concernaient essentiellement les pays développés à hauts revenus. Il est possible que la santé mobile, dans les pays en développement, apporte des bénéfices qui ne soient pas encore publiés (81).

10. La télémédecine est-elle une solution à la désertification médicale ?

Dans notre étude, les avis étaient mitigés sur la difficulté d'accès à un avis en fonction de leur distance kilométrique du CHU.

Certains considéraient cet usage inutile dans les villes bien dotées en médecins, ce que confirmaient les travaux de S. Chamaret et P. Lehoux et al. (30,82).

Ils estimaient aussi que l'avis médical se fait aisément par téléphone, peu importe la distance kilométrique par rapport au spécialiste.

Mais lorsqu'ils adressent un patient en consultation de spécialité, ils privilégient un confrère proche géographiquement (52).

Certains médecins de notre étude, comme ceux de la thèse de S. Mathieu avouaient que leurs réseaux de confrères étaient plus restreints dans les zones rurales, la télémédecine leur permettant ainsi de renouer des contacts avec les spécialistes (26). Et pourtant, dans l'étude sur les « télé usages en EHPAD », aucune corrélation n'a été retrouvée entre le nombre de téléconsultations réalisées et la distance en kilomètre par rapport au centre expert (35).

VI. CONCLUSION

Le médecin généraliste consacre la majeure partie de son temps à sa patientèle selon un emploi du temps surchargé avec des habitudes de travail acquises par l'expérience. Son rapport au patient âgé en EHPAD est également unique, basé sur un contact physique et une relation intime créée avec le temps.

L'arrivée du numérique change ses habitudes, tant dans les rapports avec les patients qu'avec les confrères. Mais telle est la médecine : en évolution permanente, assise sur le socle de la clinique et de l'expérience, à la recherche de ce qui peut être le mieux pour les patients, nécessitant des échanges entre confrères.

La télémédecine bien utilisée semble s'inscrire dans cette dynamique. Elle apporte des réponses aux enjeux de santé liés à l'allongement de la durée de vie, notamment dans les régions où l'offre est insuffisante pour la demande en soins des populations. Les patients âgés sont les premiers bénéficiaires de la télémédecine puisqu'ils accèdent à une consultation de qualité rapidement depuis leur lit, évitant ainsi déplacements et complications. Les soignants sont valorisés dans leur exercice, car écoutés, rassurés et impliqués dans leur rôle. Ils apprécient la formation reçue et les échanges avec d'autres professionnels.

Les médecins généralistes sont majoritairement réceptifs à ce nouvel outil. Toutefois, ils considèrent qu'une formation adaptée, un encadrement législatif ainsi qu'une tarification spécifique de l'acte de téléconsultation sont nécessaires. La télémédecine devra être une solution sécurisée, ergonomique, simple d'utilisation, efficace et rapide. Il n'en demeure pas moins que les téléconsultations minimisent la part humaine indissociable de la pratique du médecin généraliste. Les médecins craignent une deshumanisation de leur exercice qui se réduirait à un soin utilitariste. Ils se méfient également des mésusages de la télémédecine qui les excluraient de la prise en charge de leur patient.

Les perspectives d'évolution de notre exercice via les outils numériques peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins. Cependant, elles doivent rester au service d'un exercice humain et non l'asservir. Une meilleure connaissance et une maitrise des technologies existantes contribueront à l'évolution du « numérique en santé » pour répondre toujours mieux aux attentes et besoins des patients et des professionnels de santé.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. David D. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole. Insee : Pole emploi population ; Juin 2017. (Insee Premiere). Report N° 1652.

2. Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins ; Nov 2008. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

3. Moukabary T. Willem Einthoven (1860-1927) : Father of electrocardiography. Cardiol J. 2007;14(3):316–7.

4. Amenta F. The International Radio Medical Centre (C.I.R.M.) : an organization providing free medical assistance to seafarers of any nationality world wide. Int Marit Health. 2000;51(1-4):85–91.

5. Wittson CL, Benschoter R. Two-Way Television : Helping the Medical Center Reach Out. Am J Psychiatry. 1972 Nov 1;129(5):624–7.

6. Zundel KM. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. Bull Med Libr Assoc. 1996 Jan;84(1):71–9.

7. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810, août 2004.

8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879, Juillet 2009.

9. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 19 Oct 2010.

10. Code de la santé publique - Article R6316-1. Code de la santé publique.

11. Haute Autorité de Santé. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. Juillet 2013. Available from: www.has-sante.fr

12. ARS. Le Pacte Santé Territoire 2 : 10 engagements nationaux pour que chaque français puisse se faire soigner près de chez lui. Dec 2016.

13. Agence Régional de la Santé. Programme Régional de Télémédecine. 2011 p. 1–56.

14. WONCA EUROPE W family doctors. C for people E. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.

15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine, les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2009.

16. Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques ; Juillet 2017. Report No.: 1015.

17. Larousse É. Définitions : EHPAD - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Available from: www.larousse.fr.

18. INSEE. Nombre de lits en EHPAD-Nouvelle Aquitaine [Internet]. 2017. Available from: https://www.insee.fr

19. Fortin M-F, Gagnon J. Fondement et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives. Edition Chenelière Education. 2016.

20. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin. (128 tout le savoir).

21. Strauss A, Corbin J. Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Academic Press Fribourg. 2004. (Res Socialis).

22. Weil-Barais A. Les méthodes en psychologie. Bréal. 1997. (Grand Amphi).

23. Kivits J, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016. (U).

24. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyse sans compter ni classer. Méthodes en sciences humaines. 2014. (De Boeck).

25. Durimel Y. Evaluation du ressenti des patients et soignants sur l'utilisation de la téléconsultation pour les plaies et escarre en Aquitaine. Université de Bordeaux ; 2014.

26. Mathieu S. La téléconsultation : l'avis des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia antipolis, Faculté de Médecine ; 2012.

27. Lombardo F. La télémédecine en médecine générale : évaluation du point de vue et du ressenti des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2013.

28. Durupt M. La télémédecine en meuse et dans le sud-toulois, perceptions et attenes des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy ; 2016.

29. Haw-Shing L. Programme "Télémédecine en EHPAD" en Gironde : Enquête de satisfaction en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; Faculté de médecine de Bordeaux ; 2016.

30. Chamaret S. Quelles sont les conditions d'acceptabilité sociale d'un nouvel outil de télémédecine dans des EHPAD de la région Centre ? [Thèse d'exercice]. Université François-Rabelais, Faculté de médecine de Tours ; 2014.

31. Gaborieau G. Ressenti des soignants avant et après la mise en place des téléconcultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structures médicales isolées en Vendée [Thèse d'exercice]. Université de Nantes, Faculté de médecine ; 2012.

32. Lavaill L. Télémédecine: Définition, applications et enquête auprès des médecins généralistes de Franche-Comté [Thèse d'exercice]. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2011.

33. Cypriani F. Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg : Faculté de médecine ; 2014.

34. Carré E. Télémédecine : représentations et expériences des médecins généralistes: Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier I. Faculté de médecine ; 2013.

35. Abraham M, Langlois E. Téléusages, freins et leviers à l'adoption de la télémédecine en EHPAD. Centre Emile Durkheim-Université de Bordeaux. Aout 2016. Available from : https://www.academia.edu/28148668/T%C3%A9l%C3%A9usages._Freins_et_leviers_%C3%A0_ladoption_de_la_t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine_en_EHPAD

36. Bouet P, Rault J-F. Atlas de la démographie médicale en france, situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

37. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques ; Mar 2012. Report No.: 797.

38. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Division Enquêtes et études démographiques ; Juillet 2006. p. 1–4. (Insee Premiere). Report No.: 1089.

39. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Autonomie et dépendance. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2009.

40. Franco A, Couturier P. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. Rev Prat. 2002;52:1599–604.

41. Somme D, Lahjibi-Paulet H. Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. Rev Prat. Avril 2010;60.

42. Madlessi A, Ernst E. Déficit neuro-sensoriel chez le sujet âgé. Rev Prat. Mai 2016;66.

43. Moreau A. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Rev Prat Médecine Générale. 2004;18(674-675).

44. Dupré-Leveque D. Une ethnologue en maison de retraite. 2001st ed. (Archives contemporaines).

45. Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux; 2011.

46. Thomas M. Le médecin : le premier des médicaments essentiels. Plaidoyer pour la médecine clinique et la relation de soin. Rev Médecine Interne. Sep 2016,1;37(9):577–8.

47. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Vers une meilleure intégration d'Internet à la relation médecins-patients. Jun 2010. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d'internet-la-relation-medecins-patients-982

48. Bernard M, Turner L. CA-208: Évaluation d'une interface de promotion de la relation médecin-patient. Diabetes Metab. Mar 2016,1;42(Supplement 1):A92.

49. Desbordes M, Nebout S, Grès H, Guillin O, Haouzir S. La télémédecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. Oct 2015 1;15(89):270–3.

50. Mangeney K, Carnein S, Michot A, Noblet-Dick M. Retour d'expérience : 3 mois de télémédecine en foyer specialisé et médicalisé pour personnes handicapées adultes. Eur Res Telemed. Sep 2014. 1;3(3):105–15.

51. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques; Aout 2008. Report No.: 649.

52. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Prat Organ Soins. Dec 2011. 1;41(4):331–9.

53. Synergie. Prescrire. Aout 2012;32:600.

54. Berendsen AJ, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. BMC Health Serv Res. Jan 2007. 5;7:4.

55. Gelly J, Suarez Valencia J, Salaün A. Mise en place d'une plateforme collaborative par et pour les médecins généralistes. Google Docs. Available from: https://docs.google.com/presentation/d/11RphzQbcyBJtn7OLV7htmYU_DzEIIjcb-sSHp75rgf8/embed?start=false&loop=false&delayms=3000&usp=embed_facebook

56. Afilalo M, Lang E, Léger R, Xue X, Colacone A, Soucy N, et al. Impact of a standardized communication system on continuity of care between family physicians and the emergency department. Can J Emerg Med. Mar 2007;9(2):79–86.

57. Keller C. Le recours aux spécialistes en médecine générale [thèse de médecine générale]. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2002.

58. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. Oct 2009. 1;38(10):1404–9.

59. Étude exploratoire auprès des professionnels de santé médecins spécialistes et généralistes. Rennes: École nationale de santé publique, ENSP; Sep 2005.

60. Martin L. Des médecins pour coordonner les relations avec les libéraux. Concours Méd. Jun 2010;12(132):494.

61. Gheorghiu M, Guillemot D, Moatty F. Préparation de l'enquête COI Les changements organisationnels et leurs outils : Entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques; Nov 2007. Report No.: 72.

62. Bergeron H, Castel P. Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins. Centre de sociologie des organisations, CNRS; Apr 2016.

63. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. Rev Fr Sociol. 2013;2(54):303–29.

64. Rauly A. Intervention publique versus régulation professionnelle. Rev Régulation Capital Inst Pouvoirs. Jun 2015;(17). Available from: https://regulation.revues.org/11233

65. Hauger I. La télémédecine gériatrique en France : enjeux et défis. Rev Générale Droit Méd. Sep 2016;(60).

66. CHU Amiens. Télémédecine : un enseignement novateur pour médecins et ingénieurs. CHU Réseau, L'actu des CHU. 2013. Available from: http://www.reseau-chu.org/article/telemedecine-un-enseignement-novateur-pour-medecins-et-ingenieurs/

67. Roldo C, Poussel M, Lejeune C, Vezain A. Un dispositif télémédecine pour une meilleure prise en charge en urgence du résident en EHPAD. Eur Res Telemed. Jun 2017. 4;6(1):33–4.

68. Salles N, Lafargue A, Cressot vincent. Global geriatric evaluation is feasible during interactive telemedicine in nursing homes. Eur Res Telemed. Jan 2017. 6;7.

69. Salles N, Baudon M-P, Caubet C. Consultation de télémédecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres. Eur Res Telemed. Nov 2013. 27;2(3-4):93–100.

70. Convention Nationale 2016-2021 organisant les rapports entre les médecins libéraux et la sécurité sociale. Juillet 2016. p. 131.

71. Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016.

72. Ministère des Solidarités et de la Santé. Projet de loi de financement de la sécurité sociale : les moyens de l'action 2018. Sep 2017.

73. Brauns H-J. Le développement actuel de la télémédecine en Allemagne. Eur Res Telemed. Jul 2014. 3;3(1):3–7.

74. Alami H, Gagnon M-P, Fortin J-P, Kouri RP. La télémédecine au Québec : état de la situation des considérations légales, juridiques et déontologiques. Eur Res Telemed. Jun 2015. 1;4(2):33–43.

75. Dorsey ER, Topol EJ. State of Telehealth. N Engl J Med. Jul 2016. 14;375(2):154–61.

76. Esterle L, Mathieu-Fritz A, Espinoza P. L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? Rev Fr Aff Soc. 2011 Dec 16;(2):63–79.

77. Andreasson J, Eriksson A, Dellve L. Health care managers' views on and approaches to implementing models for improving care processes. J Nurs Manag. Mar 2016. 24(2):219–27.

78. Haute Autorité de Santé. Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine. Jun 2013.

79. Martin L. Télégéria : vers une extension en 2014. Concours Méd. Sep 2013. 7(135):519.

80. Grabowski DC, O'Malley AJ. Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare. Health Aff Proj Hope. Feb 2014. 33(2):244–50.

81. Simon P. Bénéfices et risques des objets connectés en télémédecine et santé mobile. Eur Res Telemed. Jul 2017. 20;6(2):47–57.

82. Lehoux P, Sicotte C, Denis J-L, Berg M, Lacroix A. The theory of use behind telemedicine: how compatible with physicians' clinical routines? Soc Sci Med 1982. Apr 2002. 1;54:889–904.

VIII. ANNEXES

A. Annexe 1 : E-mail adressé aux interviewés

Chers Consoeurs et Confrères

Je m'appelle Claire HALLER et suis thésarde en Médecine Générale sous la direction du Docteur Aurélie LAFARGUE, gériatre au CHU de Bordeaux.

J'étudie la coordination des soins pour les patients en EHPAD, et plus spécifiquement le recours aux nouvelles technologies pour communiquer avec les spécialistes hospitaliers.

Pour cela, je désire vous rencontrer en personne lors d'un entretien individuel pour discuter de votre pratique. Cet entretien, d'une durée de 30 à 45 min, sera anonymisé et je me déplacerai jusqu'au lieu de votre convenance (cabinet, domicile...).

Votre témoignage apportera de précieuses informations à mon travail de recherche.

Répondre à cette sollicitation ne vous engage à rien, et comme dans toute étude vous pouvez à tout moment vous en retirer sans justification ni préavis.

Si vous êtes intéressé pour participer à cette étude, merci de me le faire savoir par retour de mail.

En vous remerciant de votre attention envers mon projet de recherche,

Confraternellement et au plaisir de vous rencontrer,

Claire HALLER

B. Annexe 2 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je me présente, Claire HALLER, médecin généraliste remplaçant, thésarde et le Dr Aurélie LAFARGUE, gériatre au CHU de Bordeaux.

Comme vous le savez, je réalise actuellement une thèse sur la coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital.

Je m'intéresse tout particulièrement aux outils de communication que vous utilisez pour la demande d'avis médical auprès des spécialistes hospitaliers pour vos patients en EHPADs.

Aujourd'hui nous allons donc discuter de votre avis sur ces outils médicaux, de vos attentes et freins à l'utilisation.

Notre échange va être enregistré, mais soyez rassurés que notre entretien est anonymisé et que vous avez la possibilité de l'interrompre dès que vous le souhaitez.

1. **Alors, tout d'abord, pouvez-vous me dire quels sont les outils que vous utilisez pour demander un avis médical ou une expertise pour un de vos patients âgés résidants en EHPAD ?**

(Téléphone, email, Télémédecine…)

……

2. **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de cette demande d'avis spécialiste et/ou dans l'organisation de cette coordination de soins ?**

(Manque de disponibilité des spécialistes, manque de temps pour les prises de contacts, délai de rdv longs…)

……

3. **D'après vous, quelles seraient vos attentes envers les nouvelles technologies pour améliorer cette communication ?**

(Outils de contact rapide et efficace, prise de rdv en ligne…)

……

Si le médecin a cité spontanément la télémédecine comme outil de communication -> passer à la question 4

Si le médecin n'a pas évoqué la télémédecine -> passer à la question 9

4. **Dr X, vous avez évoqué la télémédecine comme outil d'aide à la coordination des soins pour vos patients en EHPAD. Comment avez-vous eu connaissance de l'existence de ce service dans cet EHPAD ?**

(Réunion pluri-professionnelle dans l'EHPAD, information par mail ou courrier postal, par un confrère médecin, par un personnel de la maison de retraite…)

……

5. **Que représente pour vous la télémédecine dans le parcours de soins de la personne âgée résidant en EHPAD ?**

……

6. **Avez vous déjà eu recours à une expérience de télémédecine ?**

(Oui/Non)

Si Oui : **Pouvez vous me donner un exemple concret avec un de vos patients ? Qu'en avez-vous pensé ? Avec quels atouts mais aussi quels inconvénients ?**

……

Si Non : **Pourquoi ne l'utilisez vous pas et qu'est ce qui pourrait conditionner votre utilisation ?**

……

7. **Plus particulièrement concernant la télémédecine, en quoi cela améliore/améliorerait votre pratique au quotidien ?**

……

8. **Enfin, que pensez vous de l'outil numérique en terme d'usage (maniement, accessibilité et utilisation de l'outil…) ?**

……

Pour les médecins qui n'ont pas cités spontanément la télémédecine comme moyen de communication.

9. **Donc, Dr X, vous travaillez au sein de l'EHPAD … Savez vous qu'elle est équipée d'un service de télémédecine qui vous donne la possibilité d'accès à un avis spécialisé à distance ?**

(Oui/Non)

……

10. **Que représente pour vous la télémédecine dans le parcours de soins de la personne âgée résidant en EHPAD ?**

……

11. **Maintenant que vous connaissez l'existence de cet outil de communication, pensez vous l'utiliser ?**

(Oui/Non)

*Si Oui…***À quels besoins ce service répondrait-il ?**

……

Si Non : **Pourquoi et qu'est ce qui pourrait conditionner votre utilisation ?**

(Alourdissement de la charge de travail, contraintes organisationnelles, matériel non adapté, dispositif trop contraignant, temps consacré trop long, lourdeur des tâches administratives,

manque de rémunération, méconnaissance du fonctionnement, manque de communication/formation, pas d'intérêt…)

……

12. Avez vous des suggestions ou des remarques à faire ?

……

Nous vous remercions pour votre participation.

C. Annexe 3 : Exemple d'entretien

Par souci de clarté de la thèse, tous les entretiens n'ont pas été intégrés. Cependant, ils sont disponibles sur clé USB. Un entretien a été inséré pour donner un aperçu au lecteur du déroulement des interviews.

ENTRETIEN E1-2

L'entretien a lieu le 4 avril 2017, en début d'après-midi au cabinet du médecin généraliste sur un créneau de consultation. Ce jour, je suis accompagnée de ma directrice de thèse qui prend un rôle d'observateur. Le médecin âgé de 52 ans, travaille dans un secteur urbain depuis 1993. Mais il avait travaillé dans un secteur rural pendant plus de 20 ans. Il est installé dans un cabinet de groupe informatisé très moderne. Il suit 4 patients dans l'EHPAD sélectionné pour l'étude. Il n'a pas de DU de gériatrie. L'interview a duré 17min et 20sec.

Claire Haller : Actuellement, pouvez-vous me dire quels outils de communication vous utilisez pour demander des avis médicaux pour vos patients en EHPAD ?

Médecin interrogé : Alors vous entendez par outils de communication le téléphone, les lettres, les choses comme ça ?

C : Oui

Bon, alors on va en parler, en maison de retraite, au B. c'est relativement simple, si je décide que quelqu'un, un de mes patients, à besoin d'un avis spécialisé, je demande à ce qu'ils prennent un rendez-vous médical, donc la plupart du temps ils les prennent par téléphone. Si c'est urgent, c'est moi qui prends pour que ça aille plus vite, je fais un mot et puis le patient est envoyé chez le spécialiste à plus ou moins long terme. Au B. *(EHPAD dans laquelle il travaille)* ce qui est intéressant c'est qu'il y a la télémédecine, donc là aussi on peut avoir un avis assez rapidement par la télémédecine, on l'emploie surtout pour des problèmes de

troubles du comportement, quand les patients sont difficiles à déplacer, voilà. Voilà à peu près comment ça se passe.

C : Donc, vous m'avez parlé du téléphone, de la télémédecine, avez-vous d'autres outils de communication ?

Pas par mail, si c'est ça le sous-entendu, non, pas par mail…alors maintenant sur mes ordonnances il y a ma boite mail, alors de temps en temps je reçois des compte-rendu des médecins par mon adresse mail, souvent plutôt des malades du reste qui m'écrivent des mails, mais je ne suis pas de la génération qui gère ça très bien. Donc moi, souvent ma boîte mail, je ne la regarde pas pendant 2 ou 3 jours. Donc pour m'avoir, ce n'est pas le meilleur moyen. Donc voilà. Parfois par texto, il m'est arrivé en particulier chez le dermato, de prendre des photos, d'envoyer la photo, de demander un avis quand je suis pressé. Ça m'est arrivé il y a pas longtemps pour un zona qui était absolument monstrueux qui était tellement monstrueux que j'ai fait le diagnostic, mais je me posais des questions métaphysiques, et je me suis dit, il faudrait pas que ce soit un pemphigus ou un truc comme ça, donc j'ai envoyé la photo, je l'ai prise, je l'ai envoyé, j'ai d'abord appelé au médecin, j'ai dit « je peux te l'envoyer », elle m'a dit « oui », donc j'ai envoyé, elle m'a répondu, « non, non c'est bien un zona, il est carabiné, il n'y a pas de problème », donc voilà, ça m'arrive aussi de faire comme ça.

C : Et avec ces moyens de communication, est-ce que vous rencontrez des difficultés dans ces demandes d'avis ?

Bien sûr…bien sûr…

C : Quelles sont-elles ?

Oooff…c'est la durée. C'est la durée…

C : C'est à dire…

C'est à dire, que un, encore moi en tant que médecin, la plupart du temps les secrétaires sont plutôt sympas ou elles me passent le médecin donc j'arrive à me débrouiller, mais sinon, pour avoir des rendez-vous c'est quand même toujours un peu long, c'est surtout ça qui est dans la difficulté, pour avoir un rendez-vous rapide, une radio rapide, un avis rapidement c'est quand même compliqué. Donc en dermato, j'ai pas essayé de prendre rendez-vous, je préférai lui envoyer la photo puisqu'on a tous des médecins qu'on connaît un peu bien, qu'on tutoie et qui vont nous ouvrir plus facilement leurs portes. M'enfin c'est pas toujours simple. C'est ça la difficulté, les avoirs, la plupart ils ont des secrétariats, donc voilà, à part parfois entre midi et deux heures, ou c'est un peu plus compliqué. Mais autrement non, il n'y a pas de difficulté majeure par rapport à ça.

C : Et sur les nouveaux outils technologiques, qu'est ce que vous pourriez en attendre pour palier à ces difficultés là ?

Euh, ben, la rapidité, voilà, ou avoir des avis immédiats c'est à dire sans qu'il *(le spécialiste)* voit obligatoirement les patients *(en consultation)*, ce qui peut être intéressant pour nous et pour les médecins, mais après il faut aussi que les médecins acceptent de faire quelque chose gratuitement *(rire)*, ce qui n'est pas toujours simple. Voilà. Mais ça peut être intéressant. Par exemple, c'est vrai prendre une photo, l'envoyer, demander un avis, mais on peut aussi prendre la photo d'un bilan biologique, on peut prendre la photo et l'envoyer, alors moi je me suis fait foutre de ma gueule, pardon de ma tête, vous enregistrez *(sourire),* parce que je sais pas quoi, on parlait mail « ah ben moi j'envoie des fax » alors il m'a regardé en disant « ah vous êtes donc la personne qui envoie encore des fax en France ! ». Donc je me sers encore du fax aussi, don il n'y a pas longtemps, je voulais avoir un avis sur des sérologies Lyme, donc j'ai passé un coup de fil au secrétariat, j'ai dit « je vous envoie par fax les deux sérologies, à mon avis il n'y a rien, mais le patient est inquiet », donc voilà, est ce qu'un médecin peut me dire « oui, non » et voilà, donc j'emploie le fax aussi. Donc ces instruments permettent d'avoir des avis plus rapidement, pas avoir à demander une consultation ou souvent, je vous dis, les délais sont longs. Voilà.

C : Vous m'avez parlé tout à l'heure de télémédecine, comment en avez-vous entendu parlé ?

Euh…par la maison de retraite, enfin j'en avais entendu parlé avant, je sais que ça existait, mais que moi mes patients l'on vécu c'est par la maison de retraite. La première fois c'est par le B. *(EHPAD dans laquelle il travaille)* et il y a autre maison de retraite qui s'appelle la C. *(autre EHPAD dans laquelle il intervient)* qui l'utilise assez fréquemment.

C : Et au B. (EHPAD dans laquelle il travaille) comment est-ce qu'on vous en a parlé ?

Et bien parce que je vous dis, c'est parce que…à chaque fois, c'était pour des troubles du comportement sévères. Une patiente…je crois d'ailleurs que c'est celle dont on vient de m'apprendre qu'elle était décédée ce matin. Mais peu importe, donc voilà, on à demander un avis et c'est souvent de la gériatrie, c'est d'ailleurs uniquement de la gériatrie je dis des bêtises, c'est uniquement de la gériatrie en maison de retraite et souvent de la psy-gériatrie, et là d'ailleurs c'est compliqué d'avoir des rendez-vous. Et puis on a besoin d'avoir là un avis rapidos. Parce que si vous avez des troubles du comportement qui amènent des troubles de situation à l'intérieur de la maison de retraite, vous pouvez pas attendre une semaine, deux semaines, un mois pour pouvoir mettre quelqu'un sous neuroleptiques, ou pour changer d'anxiolytique ou pour changer l'antidépresseur, ou pour l'enlever, c'est pas possible. Donc nous on fait beaucoup de choses, mais des fois, mais nous en plus…on est pas toujours là. Souvent le personnel soignant, je ne dirai pas, j'exagère, mais en tout cas vit très mal des situations comme ça, donc à nous on nous demande de sédater absolument les personnes, euh voilà…donc à un moment donné il faut savoir dire stop. Et puis l'avantage…moi j'ai pas été là à chaque fois, mais j'ai laissé un mot et des instructions, puisque les rendez-vous sont un peu aléatoires. Mais il y a tout le personnel soignant, face à un médecin qui a l'habitude, qui est complètement en dehors de ça *(de l'EHPAD)* et qui n'a pas de relation particulière avec le patient donc ça permet aussi d'avoir des avis et puis après tout le monde est tranquillisé, la famille aussi, c'est très bien.

C : Et qui avait-été à l'initiative de cette consultation ?

Ça c'était les infirmières. Alors soit le médecin coordonnateur. Parce que moi je savais qu'il l'avait. Donc c'est pour ça. Et puis je ne suis pas toujours sûr de savoir que telle ou telle

consultation peut-être éligible à la télémédecine. Donc là c'était le cas. On pouvait et donc c'est en discutant avec les infirmières, peut-être le médecin coordonnateur, je crois qu'il est souvent avec les infirmières… « Ah bon ben on peut faire ça par télémédecine… »

C : Et avez-vous eu une autre information plus complète sur cet outil de communication ?

C'est à dire ?

C : Est ce qu'on vous a présenté l'outil lors d'une réunion…?

Non, absolument pas.

C : D'accord.

Non, absolument pas. Peut-être qu'il y en eu une mais je n'y suis pas allé *(rires)*. Bon peut-être qu'on m'a dit, mais comme je ne vais à aucune réunion, c'est vrai. Voilà.

C : Est ce que vous avez assisté à une téléconsultation ?

Non, jamais, jamais.

C : D'accord.

En faite, c'est faux, en faite je réfléchissais. Mon cerveau ne va pas aussi vite…J'ai assisté à une consultation mais ce n'était pas pour un de mes patients.

C : Dites-nous quand même.

Parce que j'étais dans une maison de retraite et j'étais en train de faire *(les papiers)* et la consultation s'est faite à partir de là, je ne suis pas resté cent sept ans ans parce qu'il y a quand même, même si je suis médecin, un certain nombre de discrétion. Donc voilà. Mais j'ai vu un peu comme ça se passait, avec les gens, et puis voilà.

C : Et qu'en avez-vous pensé ?

Moi je trouve ça très bien. Je continue de penser que c'est un excellent outil de consultation diagnostique, en tout cas de lien avec l'hôpital, pour le moment on peut faire ça qu'avec des structures hospitalières. Mais je trouve que c'est très bien. Moi qui ai été médecin pendant douze ans à la campagne, je veux dire,…pfff...si on avait pu mettre ça en place pour certaines fois, dans un cadre de médecin, ou dans un cadre d'un point de vue technique avec d'autres, ça nous aurait dépanné. Parce qu'on était vraiment seul au monde la plupart du temps. Pour les décisions, les choses comme ça hein…

C : Vous me parlez de difficultés liées à l'éloignement géographique…?

Oh ben à la campagne vous n'avez pas de spécialiste. Moi j'étais installé à Jonzac, c'est quand même pas le trou du cul du monde, y a pas de neurologue, y a plus de neurologue, pour avoir un avis dermatologue il faut attendre trois à six mois, si vous voulez le dermato que vous avez envie d'avoir. Parfois vous pouvez l'avoir plus rapidement si vous n'avez pas confiance…et puis ainsi de suite. Je vous en passe des moins bonnes et des meilleures. C'est compliqué.

C : Et en voyez-vous d'autres des avantages à cet outil ?

(Souffle) La rapidité, la rapidité, puisque souvent les consultations on les a plus rapidement. Et puis le fait que dans ces cas là on a une équipe en face de nous, on n'a pas que le médecin, alors là c'est parce que c'est fait avec l'hôpital pour le moment. On n'a pas qu'un médecin, on a une équipe souvent, qui réagit en face de nous. Et puis ensuite je trouve que les avis sont

assez ouverts. Ce n'est pas une case. On nous propose. On nous dit qu'on peut faire ça...et je trouve que c'est bien. Et puis ça permet d'avoir des échanges entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Parce que c'est toujours un peu compliqué entre nous, donc c'est bien.

C : Et des inconvénients, est-ce que vous en avez remarqué ?

Non, non…

C : A travers les retours que vous avez eu pour vos patients ?

J'en vois pas. Les p'tits vieux ils sont contents parce qu'ils n'ont pas besoin de se déplacer. Je pense que les infirmières de l'EHPAD sont contentes parce qu'elles participent à ça. L'infirmière coordonnatrice au moins participe à ça. Donc je pense que tout le monde est content. Et je vous dis les rendez-vous sont assez rapides. Ou en tout les cas, même si ils ne sont pas hyper rapides, tout le monde est soulagé parce qu'il n'y a pas besoin de les déplacer, ça calme un peu ceux qui ont un élément un peu aigu. Ou en tout cas ceux qui sont aigu pour le personnel soignant. C'est bien. Non je ne vois pas d'inconvénient. Je ne vois pas quel inconvénient il pourrait y avoir à partir du moment où il n'y a pas besoin d'examiner, de voir, spécialement le patient tout de suite. Je pense par exemple la télémédecine pour une insuffisance cardiaque aigue, de toute façon il faut l'hospitaliser, je vois pas trop l'intérêt quoi. Mais pour des troubles du comportement, voir pour des avis dermatologiques si on peut bien voir les choses, c'est hyper intéressant. Et les modifications de traitements, des révisions de traitements, les gens ont des traitements comme ça *(fait de larges signes avec ses bras)*, nous on ose pas tout le temps changer les médicaments, parce qu'on a peur que la famille nous tombe dessus, souvent entre nous on se fait la remarque, il suffit qu'on élève la statine pour qu'il *(le patient)* fasse un accident vasculaire cérébral dans les 15 jours qui viennent, on a pas envie qu'on nous engueule parce qu'on a enlever la statine. Donc ça nous permet…on est seul quoi. Je ne sais pas si vous voulez faire médecine générale ou si vous allez vous installer. Le grand problème de notre travail c'est qu'on est toujours seul. A décider, à choisir, à faire, donc de temps en temps, d'être aider, de ne pas être seul sous le poids de la décision…alors bien sûr, comme je le dis à mes externes, dans 90% des cas on a des

rhinopharyngites, des choses pas très…qui nécessitent pas de grandes décisions. M'enfin…dans 10% des cas il faut prendre des décisions donc c'est bien, de temps en temps, d'être soulagé par ça. Voilà.

C : Qu'est-ce qui a fait que vous n'avez pas assisté à ces consultations ?

Parce que les rendez-vous ne sont pas pris en fonction de mes horaires à moi, donc c'est compliqué. Voilà. Mais d'un autre côté…

C : Mais vous auriez souhaité…?

Non, mais enfin, quand j'envoie un patient en consultation, est ce que je suis là ? Non, je fais une lettre, j'explique, donc à chaque fois j'ai fait une lettre, ou j'ai fait un dossier, là je pense que c'est l'infirmière qui connaît, l'infirmière coordonnatrice ou l'infirmière qui est là et qui est en charge du patient qui explique ça, moi j'ai pas...enfin, je pense pas que ma présence soit hyper nécessaire. Et puis, moi j'ai pas beaucoup de temps. Alors si il faut en plus que je participe aux avis…enfin ça va être compliqué pour moi. Donc voilà. Je participe à certains avis, mais très particulier. En particulier dans les fins de vie. Je travaille pas mal avec le réseau l'ESTEY. Oui, il y a une consultation, ma présence n'est pas toujours obligatoire, mais je m'en fais une obligation d'y être. Ça me paraît fondamental de discuter, de savoir ce qui a été dit, même si on m'envoie un truc. Donc voilà. Mais pour le reste je n'y vois pas trop l'intérêt.

C : Voyez-vous d'autres freins qui font que justement vous n'y participer pas ? Vous m'avez parlé du temps…est ce que vous voyez d'autres contraintes ?

Du temps, bien oui, bien les contraintes, c'est parce que c'est *(les rendez-vous de téléconsultations)* pas lié à mes horaires, moi je fais des visites le matin, je suis tout le temps à la bourre, l'après-midi je suis en consultation, donc voilà. Et je vous dis, très franchement je ne vois pas l'intérêt. Si par exemple la structure qui va répondre à mes questions, je pense

qu'elle doit absolument avoir mon avis en plus de ce que j'ai écrit, elle peut me passer un coup de fil. Mais que je sois là ! Surtout que la plupart du temps, soit c'est un avis dermato, alors là qu'est ce que je vais dire « oui c'est une vésicule, oui c'est une croute, c'est un ulcère qui saigne » enfin bref voilà. Ou soit si c'est un avis neuro-gériatrique, voilà je veux dire c'est limite le personnel soignant qui va pouvoir mieux expliquer les troubles du comportement et faire que la petite mamie elle tape sur sa voisine ou qu'elle dort pas de la nuit, ou qu'elle crie toute la journée, moi je ne vais pas dire grand chose de plus. Ça ne me paraît pas fondamental. Si par contre, c'est à une détermination pluridisciplinaire, comme par exemple pour une fin de vie, avec la famille, avec le patient ou pas, avec une structure qui va venir de l'extérieur mais qui va venir participé véritablement aux choses, ça ça me paraît plus fondamental que je sois là si je peux être là. Si je dois défendre un patient parce qu'il va passer devant un médecin expert ou un médecin conseil, ça m'arrive de temps en temps de le faire. Mais autrement…franchement je ne vois pas l'intérêt. Pour moi c'est une perte de temps. Enfin, je n'en vois pas l'intérêt.

C : D'accord, très bien.

Et d'après-vous, quelle est la place de la télémédecine dans le parcours de soin du patient âgé résidant en EHPAD ?

Moi je pense que c'est l'avenir, elle va être de plus en plus importante, moi je vous dis qu'elle a beaucoup d'avantages et très peu d'inconvénients. Donc à part l'inconvénient technique, voilà, mais autrement je ne vois pas quel désavantage on peut trouver à ça. Voilà. Le désavantage il va être...et encore ça peut s'arranger….technique, par rapport à des structures hors hospitalières. Après le temps, il faut que les spécialistes soient d'accord pour faire ça, que les équipes soient d'accord pour faire ça. Et puis après les histoires de facturation. Parce que ça vous demande encore une consultation. C'est pas parce que le patient n'est pas là qu'il faut pas payer. Donc voilà. Même si nous ça nous arrive tous les jours de faire des consultations, à peu près 10, 15, 20 consultations gratuites par téléphone, faire les ordonnances.

C : Vous m'avez parlé que la télémédecine pouvait être un outil d'avenir pour la médecine, en quoi cela pourrait améliorer votre quotidien futur ?

Bien, je vous l'ai dit, avoir un avis plus rapide, être soulagé d'un certain nombre de responsabilités thérapeutiques, voire diagnostiques, et puis je vous dis, ouvrir plus la médecine de ville à la médecin hospitalière, ou même aux cliniques, à la médecine structurelle, je ne sais pas comment on peut dire, voilà, ça ne peut être qu'un intérêt. Autrement je ne vois pas d'inconvénient. Enfin, je ne vois pas de désavantage à cela.

C : Et la machine en tant que telle vous l'avez vu, qu'avez-vous pensé de l'outil ?

Ouah rien…rien de particulier. Parce que ça c'est des choses techniques, ça m'a pas l'air d'être très compliqué. C'est un frein parce que c'est compliqué d'installer de la télémédecine chez moi, mais encore, quoi que, on pourrait peut-être...par internet, avec les webcams, les trucs comme ça, on doit pouvoir faire des choses rapidement. Ma femme travaille dans l'informatique, elle me dit depuis très longtemps que je vais être remplacé par la machine et que ça arrivera peut-être un jour. Mais voilà…mais je pense que ça doit être de plus en plus ouvert pour surveiller les personnes âgées à domicile, en maison de retraite, pour même nous, si on doit donner des avis de temps en temps, on les donne par l'intermédiaire de l'infirmière, par l'intermédiaire du coup de téléphone, mais on pourrait faire aussi les choses de cette manière. Après c'est pas très compliqué de mettre ça sur nos téléphones, voilà, ça me paraît pas très très compliqué. En tout cas c'est pas un frein majeur. Après il faut qu'on change nos mentalités. Et puis faut qu'on ait le temps. Voilà. Parce que ça viendra en plus de déjà ce que l'on fait. C'est ça qui est le plus compliqué à mon avis. Maintenant si demain la moitié de mes visites peuvent se transformer en télémédecine je signe tout de suite. Hein, ça me dérange pas. Mais après il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui fasse les ordonnances, voilà…de toute façon il faudra tout le temps qu'on se déplace ou qu'on fasse un minimum, qu'on les faxe à la pharmacie. Voilà.

C : Avez-vous des remarques, sur notre entretien… ?

Non, il est bien…c'est sympa…*(sourires et rires).* Rien de particulier.

Mon ressenti

Ce fut un entretien agréable et fluide puisque le médecin a répondu aux questions avec facilité et développé ses réponses avec logique. Ses explications étaient claires et ne semblaient pas orientées. J'ai apprécié être en compagnie de ma directrice de thèse qui n'a pas interféré dans mon entretien avec le médecin.

IX. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Titre : Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences

Introduction : La télémédecine apparaît comme un facteur d'amélioration de la performance du système de soins français. Les objectifs de cette étude étaient de définir les représentations, attentes et expériences des médecins généralistes face à la télémédecine en établissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes (EHPAD), afin de soulever les freins et créer des leviers pour un meilleur usage de l'outil.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs, avec un codage thématique ouvert, une analyse en théorisation ancrée et un recrutement réalisé dans 3 EHPAD girondins rural, semi-rural et urbain. Des médecins généralistes aux usages variés de la télémédecine ont été interrogés.

Résultats : 7 entretiens ont été réalisés entre le 12 Janvier 2017 au 4 avril 2017. Cinq axes thématiques sont ressortis. (1) Le médecin généraliste apparait comme un professionnel polyvalent, surchargé ; les patients âgés en EHPAD nécessitent une prise en charge complexe. (2) Les médecins ont parfois recourt à un avis spécialisé pour se rassurer. Ces échanges sont facilités par les réseaux de confrères et les moyens de communication numériques mais parfois rendus difficiles par la lourdeur du fonctionnement hospitalier. (3) La télémédecine est à promouvoir, mais son utilisation doit se faire sous conditions. (4) Les soignants apprécient ces nouvelles formes d'échanges professionnels interactifs, qui favorisent la formation, resserrent les liens entre confrères, luttent contre l'isolement du libéral et de l'éloignement géographique. Les patients font des économies de temps, d'argent et gagnent en confort accédant à de nouvelles propositions thérapeutiques efficaces. (5) La télémédecine trouve sa place mais doit être utilisée raisonnablement, le médecin traitant restant le pivot du parcours de soins du patient.

Conclusion : La télémédecine apporte une solution positive à l'avenir de la médecine dès lors qu'elle reste au service de l'exercice humain.

Mots clés : Médecine générale. Télémédecine. Téléconsultation. EHPAD. Représentations.

Abstract

Title: General practitioners and telemedicine in NH: representations, expectations and experiences

Introduction : Telemedicine appears to be a progress factor of the French healthcare system's perfomance. The objectives of this study were to define representations, expectations and experiences of general practitioners in the field of telemedicine in nursing homes (NHs), identify bottlenecks and create leverages for better use of tool.

Method: It was a qualitative study, using semi-structured interviews, with open thematic coding, analysis in anchored theorization and recruitment conducted in 3 Gironde NHs (rural, semi-rural and urban). We interviewed general practitioners with various uses of telemedicine.

Results: 7 interviews were conducted between January 12, 2017 and April 4, 2017. Five themes emerged. (1) General doctor appears as multi-skilled, overworked professional ; elderly patients in NH require complex care. (2) Doctors, sometimes use a specialist opinion to reassure themselves. These exchanges are facilitated by networks of colleagues and digital means of communication, but sometimes it can be difficult because of the heaviness of the hospital functioning. (3) Telemedicine has to be promoted, but its use must be done under conditions. (4) Caregivers appreciate these new forms of interactive professional exchanges, which promote formation, strengthen bonds between colleagues, fight against isolation of the liberal and geographical distance. Patients save time, money and gain comfort by accessing new efficient therapeutic proposals. (5) Telemedicine finds its place but must be used reasonably, the general practioner remains the pivot of patient's care path.

Conclusion: Telemedicine brings a positive solution to the future of medicine as long as it remains at the service of human activity.

Keyswords : General medicine. Telemedicine. Teleconsultation. Nursing homes. Representations.

Discipline : Médecine générale

Unité de recherche

UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux 146, rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex