



**HAL**  
open science

# Les facteurs influençant le développement de la télémédecine dans les EHPAD de la région urbaine de Caen face au contexte démographique actuel

Christiane Bedier

## ► To cite this version:

Christiane Bedier. Les facteurs influençant le développement de la télémédecine dans les EHPAD de la région urbaine de Caen face au contexte démographique actuel. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02305302

**HAL Id: dumas-02305302**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02305302>**

Submitted on 4 Oct 2019

**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 CAEN - NORMANDIE

-----  
FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 10 avril 2019

par

Mme Christiane BEDIER

Née le 16 mars 1991 à Saint-Paul (*La Réunion 974*)

**TITRE DE LA THÈSE :**

**Les facteurs influençant le développement de la télémédecine  
dans les EHPAD de la région urbaine de Caen face au contexte  
démographique actuel.**

**Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier**

**Membres : Madame le Professeure LESCURE Pascale**

Madame le Docteur ABBATE-LERAY Pascale

Monsieur le Docteur COUETTE Pierre-André

**Directrice de thèse : Madame le Docteur SCOUARNEC-MEREL Marie-Camille**

**Année Universitaire 2018/2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie

éméritat jusqu'au 31/08/2020

<b>Mme</b>	<b>DOLLFUS Sonia</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>M.</b>	<b>DREYFUS Michel</b>	Gynécologie - Obstétrique
<b>M.</b>	<b>DU CHEYRON Damien</b>	Réanimation médicale
<b>Mme</b>	<b>ÉMERY Evelyne</b>	Neurochirurgie
<b>M.</b>	<b>ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>M.</b>	<b>FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GÉRARD Jean-Louis</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GUILLOIS Bernard</b>	Pédiatrie
<b>Mme</b>	<b>GUITTET-BAUD Lydia</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>HABRAND Jean-Louis</b>	Cancérologie option Radiothérapie
<b>M.</b>	<b>HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M.</b>	<b>HANOUS Jean-Luc</b>	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
<b>M.</b>	<b>HULET Christophe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>M.</b>	<b>HURAUULT de LIGNY Bruno</b> <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>ICARD Philippe</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>M.</b>	<b>JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme</b>	<b>JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>Mme</b>	<b>KOTTLER Marie-Laure</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M.</b>	<b>LAUNOY Guy</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>LE COUTOUR Xavier</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme</b>	<b>LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>LEPORRIER Michel</b> <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>LEROY François</b>	Rééducation fonctionnelle
<b>M.</b>	<b>LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M.</b>	<b>MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>MARTINAUD Olivier</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>MAUREL Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M.</b>	<b>MILLIEZ Paul</b>	Cardiologie
<b>M.</b>	<b>MOREAU Sylvain</b>	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
<b>M.</b>	<b>MOUTEL Grégoire</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>M.</b>	<b>NORMAND Hervé</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>PARIENTI Jean-Jacques</b>	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
<b>M.</b>	<b>PELAGE Jean-Pierre</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>Mme</b>	<b>PIQUET Marie-Astrid</b>	Nutrition

M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>M.</b>	<b>ALEXANDRE Joachim</b>	Pharmacologie clinique
<b>Mme</b>	<b>BENHAÏM Annie</b>	Biologie cellulaire
<b>M.</b>	<b>BESNARD Stéphane</b>	Physiologie
<b>Mme</b>	<b>BONHOMME Julie</b>	Parasitologie et mycologie
<b>M.</b>	<b>BOUVIER Nicolas</b>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>COULBAULT Laurent</b>	Biochimie et Biologie moléculaire
<b>M.</b>	<b>CREVEUIL Christian</b>	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
<b>M.</b>	<b>DE BOYSSON Hubert</b>	Médecine interne
<b>Mme</b>	<b>DEBRUYNE Danièle</b> Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
<b>Mme</b>	<b>DERLON-BOREL Annie</b> Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
<b>Mme</b>	<b>DINA Julia</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme</b>	<b>DUPONT Claire</b>	Pédiatrie
<b>M.</b>	<b>ÉTARD Olivier</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>GABEREL Thomas</b>	Neurochirurgie
<b>M.</b>	<b>GRUCHY Nicolas</b>	Génétique
<b>M.</b>	<b>GUÉNOLÉ Fabian</b>	Pédopsychiatrie
<b>M.</b>	<b>HITIER Martin</b>	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
<b>M.</b>	<b>ISNARD Christophe</b>	Bactériologie Virologie
<b>M.</b>	<b>LEGALLOIS Damien</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>LELONG-BOULOUARD Véronique</b>	Pharmacologie fondamentale
<b>Mme</b>	<b>LEPORRIER Nathalie</b> Éméritat jusqu'au 31/10/2020	Génétique
<b>Mme</b>	<b>LEVALLET Guénaëlle</b>	Cytologie et Histologie
<b>M.</b>	<b>LUBRANO Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M.</b>	<b>MITTRE Hervé</b>	Biologie cellulaire
<b>M.</b>	<b>REPESSÉ Yohann</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>SESBOÛÉ Bruno</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>TOUTIRAIS Olivier</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>VEYSSIERE Alexis</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme</b>	<b>ABBATE-LERAY Pascale</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>COUETTE Pierre-André</b> (fin 31/08/19)	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>DE JAEGHER-NOEL Sophie</b> (fin 31/08/2021)	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>LE BAS François</b> (fin 31/08/19)	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>SAINMONT Nicolas</b> (fin 31/08/19)	Médecine générale

## Remerciements

- . A monsieur le Pr LE COUTOUR, pour avoir accepté de me faire l'honneur de présider mon jury et pour les conseils que vous m'avez donné concernant sa composition.
  - . A madame le Pr LESCURE, pour avoir accepté d'être dans mon jury en sa qualité de gériatre.
  - . A madame le Dr Pascale ABBATE, pour tout le soutien que tu m'as apporté à travers les différents séminaires, pour l'aide à la finalisation de cette thèse et aux précieux conseils concernant l'orientation et la présentation que je devais préparer.
  - . A monsieur le Dr Pierre-André COUETTE, pour avoir accepté d'être dans mon jury, pour tous les échanges de mails et en présentiel que nous avons effectué en partenariat durant les différentes commissions et pour tout ce que tu m'as apporté durant les différentes séances de balint notamment.
  - . A madame le Dr Marie-Camille SCOUARNEC-MEREL (juste pour l'appartenance au jury), pour m'avoir accompagné et littéralement supporté au cours de cette folle aventure qu'est la thèse, pour nos partages, pour nos échanges, bref ! pour ton amitié.
- 
- . A tous mes chefs, à toutes les équipes, à toutes celles et à tous ceux que j'ai croisé au cours de mes études, qui m'ont marqué en bien ou en mal, car vous m'avez permis de grandir.
  - . A Christine et à Laure pour m'avoir permis de me construire l'image du médecin que je voulais devenir.
  - . A Zakaria, tonton Ahmed, Medhi, Dima et Omran, à M. Mousteau, Bassel, Remaa et Florence, pour m'avoir accompagné durant mon premier semestre.
  - . A Ahmed, Martin, Célia, Aude, Cécilia, Gabi, Julien P, Julien F, Rémi, William, Mustapha et à Diop pour le stage que j'ai fait à vos côtés à Flers et pour toute la confiance en moi que vous m'avez permis d'acquérir. Vous m'avez montré votre monde et je vous admire pour tout ce que vous faites au quotidien.
  - . A Amanda, Zineb et à toute l'équipe de Médecine 1, vous m'auriez presque réconcilié avec le monde hospitalier.
  - . A Anne, Laurence, Jean et Franck, pour avoir accepté de m'accompagner dans ma drôle de volonté de stage.
  - . A Magalie et à toute l'équipe du CAP de Bordeaux pour votre accueil et pour m'avoir offert l'occasion de faire ma première (petite) publi ; à l'équipe de gastro de Robert Piqué, promis, un jour, je reviendrai faire mes tours de punition ; au Pr Vital, le médecin le plus humain et à l'écoute qu'il m'ait été donné de rencontrer.
  - . A l'équipe des urgences de Pellegrin, à celle de la réa Sztarck, à celle de pédopsy de Bergonie, à celle d'onco de Bergonie, à celle d'ophtalmo du CHU de Bordeaux, pour tout ce que vous m'avez appris, tout ce que vous m'avez apporté, pour toutes les anecdotes, tous les dossiers, tous les staff, tous les souvenirs que vous m'avez offert.
  - . A Damien, à Lucie, à Marine, à Stéphane, à Lucas, à Matthias, à Aurélie et à Elodie, vous ne vous souvenez sûrement pas de moi, mais vous êtes LES internes qui m'ont convaincu que leur spécialité était la meilleure ! (et aujourd'hui, je suis d'accord !)
- 
- . A Mme HUNEAU pour la patience dont vous avez fait preuve quand je n'avais pas la moindre envie de venir vous voir et pour toute l'aide que vous m'avez malgré tout apporté depuis.
  - . A Ingrid et à Isabelle, vous qui m'avez démontré que même les psychos peuvent être des gens biens ^^.
- 
- . A mes professeurs, vous tous qui avez essayé tant bien que mal de m'inculquer des principes que j'ai plus ou moins accepté au fil des années.

- . A Solène et à Jérôme, mes 2 piliers, ma fratrie, ceux sans qui je ne suis rien.
- . A toi mémé, celle qui m'a quittée le dernier jour du concours de P1, celle à qui j'aurai voulu dire à quel point j'ai réussi à m'en sortir. Pour toutes les valeurs que tu m'as transmises, où que tu sois, j'espère que tu me vois.
- . A mes grands-mères, les deux femmes incontournables de ma vie, celles que je regrette le plus de ne pas avoir pu inviter à me voir aujourd'hui, simplement merci.
- . A Chanou, à Nina, à Christophe, à Larvé, à Babeth, mes cousins chelous de métropole, pour le soutien sans faille que vous m'avez apporté dans le « péi la fré ! »
- . Au reste de ma famille beaucoup trop grande pour que je vous cite tous.
- . A mes parents

A mes drôles de famille :

- . A celui sans qui ma vie n'aurait jamais été la même : mon Manu ! 25 ans qu'on se connaît, 25 ans qu'on se supporte, 25 ans qu'on s'aime.
- . A Ana, à Mélo, à Aurélie, mes amis « historiques ».
- . A ma première meute, à Lieber Jorissounet, à Maitresse Marine, à Laureline, à Léa, à Rapsel, à Papa Yohan, à « Moïse », pour nos parties de cartes, nos rêves, nos dérives et nos standards bien à nous.
- . Plus particulièrement à Mae, ma sœur de cœur celle que j'aurais suivi au bout du monde juste parce qu'on aurait trouvé ça drôle.
- . Aux ASICS, à Nicolas le dévoué, Marine la sage, Alice la fidèle, Nico l'autobiographe, Aurore l'ancêtre, Michaël le pokemon, Alex la pure, Clément l'indescriptible, Thibaud l'oublié pour tout le chemin qu'on a parcouru ensemble.
- . A Emeline, pour nos galères, pour nos histoires de lapin, pour nos visites de Limoges et de Brive, pour nos fameuses sessions de révision qui se finissaient souvent à Jeux Barjos, pour tes chapeaux et pour m'avoir permis de découvrir que j'étais asthmatique... Après avoir passé 3 concours, 1 coloc et demie (ok, presque 2) et 10 ans ensemble, te résumer tout ce que j'éprouve en quelques lignes semble tellement réducteur...
- . A Enzo, : parce que je me « souviens de l'enfer que fut la P1 et le réconfort que fut Enzo », aujourd'hui, et seulement aujourd'hui, je le reconnais, tu avais raison : je me suis fait des amis en P1...
- . Au SIMBAN, ma famille normande d'adoption. Pour tous nos fous rires, nos prises de tête, nos comptes de postes complètement psychédéliques...
- . A Séb et Benji qui m'ont accompagné dans mon entrée dans cette drôle de meute ; à Tim pour ton investissement malgré tes contraintes personnelles ; à Solène, qui a cru en moi bien avant que je ne sois capable de le faire moi-même ; à Fred, toujours présent à toutes les réunions, la définition même du CM Donne-Son-Avis, merci pour ça ; à Matthieu, qui ne parlait pas beaucoup mais qui répondait toujours présent ; à Anne-Charlotte et à Yoann qui ont rejoint l'aventure même après nous avoir connu, c'est dire !
- . A Marie pour ta gentillesse et ta patience à toute épreuve ; à Rose-Danielle et à Sylvain, pour l'horreur des urgences quand winter is coming ! Pour nos soirées flériennes, nos surnoms chelou et nos soirées au Buffalo ou au chinois ; à Benoît le futur sénateur, celui grâce à qui maintenir des stages ouverts tient du miracle !
- . A Corentin et à Antoine, mes compagnons de premier semestre, mes co-compteurs de poste ou co-admins de CA, mes compagnons de voyage, bref : mes amis d'internat !
- . A Agnès, ma mentor, mon guide, mon amie, celle qui est encore et toujours là quoiqu'il arrive et quoique je fasse, on s'est toujours soutenues dans tous nos projets plus ou moins fous et j'en

profite pour te rappeler que c'est toujours le cas, peu importe ce que font ou décident les autres ! J'espère avoir bientôt le temps de te rendre la pareille, au moins « contre » Big Brother !

. A Guillaume et à Pierre-Yves, mes « bras droit et gauche », vous m'avez accompagné, vous m'avez écouté, vous m'avez (parfois) supporté dans mon mandat de présidente et surtout, vous êtes devenus bien plus que des compagnons de travail...

. A Nathalie, ma fillote et ma super secrétaire ! Tu as donné un nouveau sens à ce poste et je t'en remercie toute ma vie.

. A Hélène, la « petite dernière » de la famille, en espérant que nos routes resteront proches longtemps !

. A mes fillots chéris : à Luigi pour nos loooooongues conversations bière-pizza-Mario kart, à Cécile mon Alençonnaise, toi qui peux comprendre mon amour pour cette ville tellement... Alençon... ; à Johanne, à Kathy, à Flavie, à Yacine, je ne vous appelle pas souvent mais je pense à vous, au moins en début de semestre ! ^^

. Aux autres rencontres d'internat, à Naëma la Russie, Yannou le seul médecin de ces dames, Julie, Victoria, Simon, PS, Rémi, Emilie P, Emilie M, Guillaume, Costel, Violetta, Laurene, Elisa, Mickaël, Gloria, Pauline, Sarah, Thomas, mes compagnons de premier semestre, pour les soirées à l'annexe, pour le soutien en pédiatry en hiver, pour nous simplement !

. A Ana et Georgiana, perdus ensemble dans les méandres de l'Orne.

. A Judith, Diane, Stéphane, Cyril, Quentin, Léa, pour nos aventures flériennes.

. A Anton, Clémentine, Erwan, Jean le dauphin, Amandine pour notre coloc et nos Escape, à Hamza pour ton hyperactivité, à Alexy pour l'une des rencontres les plus improbables de ma vie.

. A Nicolas, Valérie, Serdar, Nabil, Khaled, Laurent, Gauthier, Mathilde, Elsa

. A tous les copains de promo, à Chloé, à Clivia, Pierre, Andréas, Gaëlle, Noémie, Charlotte mon petit arrêt de travail, Pauline, Charlotte S, Camille D, Valentin,

. A l'ISNAR(-IMG !!!), la plus belle, la plus fatigante, la plus folle, la plus étrange, la plus riche, la plus lourde et la plus indescriptible aventure humaine de tout Bisounours qui se respecte...

. A Clark et maman Tab pour leur soutien sans faille dans le monde mystérieux de la trésorerie à 6 chiffres et pour leur accueil dans l'AMI Family.

. A Camo, parce qu'il fallait te mettre quelque part... Rencontrée à Bordeaux, reconnue à Nancy, identifiée à Toulouse, amie depuis !

. A Camille, à Racha, à Anaïs, à Nicolas O., à Maxence, à Juliette, pour m'avoir accepté dans votre monde et appris ses codes ; à Stéphane pour ton insistance sans laquelle cette thèse n'aurait certainement jamais vu le jour, du moins pas de ma main...

. A Cécile et à Justine, un petit paragraphe ne suffit pas pour la masse de travail que vous abattez dans cette machinerie, merci pour vos sourires, merci pour votre disponibilité, merci pour votre présence.

. A maman Maria, à Marion, à Morgane, à Nolwenn et à Isaline, je vous regroupe dans un seul paragraphe, je sais que vous ne m'en tiendrez pas rigueur (vous m'avez déjà passé bien pire !) un jour, une amie m'a dit qu'on n'a que deux ou trois occasions dans une vie d'être un vrai héros. Sachez que pour moi, vous resterez à jamais des héroïnes, de la trempe de ceux qui rapportent des points à leur maison pour s'être opposés à leur amis. Je vous serai éternellement reconnaissante et je serai toujours là pour vous !

. A Virgile, mon binôme de tout temps, parce qu'on y est entrés ensemble, parce qu'on y a enfreint les règles ensemble, parce qu'on a pris les coups ensemble, parce qu'on leur en a voulu ensemble, parce qu'on leur a pardonné ensemble, parce qu'on les a aimés ensemble, parce qu'on a fait le plus beau raflage de plénière ever ensemble, parce qu'on a quitté le bureau ensemble et parce qu'on restera toujours les indomptés, peu importe ce qu'ils pensent ! Je te dédie particulièrement cette thèse : c'est la partie que je rêvais de mettre dans l'atelier ...

. A Carole, à Alexandre, à Maxime, à Léo, à Elsa, à Pierre, à Léa, à Charlotte, pour les quelques semaines/mois qu'on a partagé dans cette aventure ; à Nathan et à Benjamin, pour notre amitié née avant le BN et qui durera je pense encore un bon petit moment !

. A Karim et à Sandra, mes petits de l'AMI, merci pour la confiance que vous m'avez accordé pour essayer de vous transmettre les mystères de cette drôle de compta.

. A Gabriel, à Lucie, à Daria, à Manon, à Marion D, à Ninon R, à Pieter, à Marianne, à Alistair, à Diédra, à Sarah, pour m'avoir montré que même une fois sortie et même sans avoir travaillé directement avec moi, j'aurai toujours ma place dans l'équipe ; à ma Babou, ma petite perle de Bordeaux et à ma p'tite Ninon d'Amiens, juste parce que voilà !

. Au TGN-TB, parce que l'ISNAR c'est aussi son réseau et que parfois, il y a des blagues qui vont beaucoup beaucoup trop loin... à Marine, à Elodie, à Marie, à Audrey, à Louise-Marie, à Laurie, à Pauline, à Tiphaine, à Thibault, à Céline, à Nicolas B, à Emilie, à Nicolas D, à Sébastien, à Kévin, à Pierre LD, et surtout à mon cher petit Francky, pour tous ces moments partagés rien qu'à nous.

. Au reste du réseau, à Simon, à Loïc, à Cécile, à Clémence, à Gillian, à JB, à Ségolène, à Cyrielle, à Cléa, à Charline, à Nelly, à Adrien, à tous ceux que j'oublie, merci pour tout ça !

. Parce qu'on n'avait pas grand-chose en commun sur le papier mais tout à vivre ensemble ! Merci de m'avoir fait découvrir un monde où j'ai ma place à vos côtés.

. A toutes les personnes qui n'ont eu de cesse de me répéter que je ne réussirai pas, vous m'avez motivé à vous démontrer le contraire !

. A Laura, à Quentin, à Emilie, à Sarah, à Jean-Claude, à Carole, à Micheline, à tonton toto, à tatie Odette, à Mme Letoulec, à Patrick, à Danièle, à Martin, à vous tous qui m'avez laissé avant que je ne sois prête, à vous avec qui je ne pourrai jamais partager ce moment. Hier dans ma vie, aujourd'hui disparus, à jamais dans mon cœur...

. A toutes celles et à tous ceux qui ont croisé ma route et que je n'ai pas cité.

## **Abréviations (classées par ordre alphabétique)**

AMP : Aide Médico-Psychologique  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide-Soignant  
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale  
BU : Bibliothèque Universitaire  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
ECG : Electrocardiogramme  
EHPA : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante  
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs  
ETP : Equivalent Temps Plein  
HDA : Hypertonie Déformante Acquise  
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire  
IDE : Infirmier/Infirmière Diplômé(e) d'Etat  
IDEC : Infirmier/Infirmière Diplômé(e) d'Etat de Coordination  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
MMS : Multimedia Messaging Service (« Service de Messagerie multimédia »)  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé  
PRT : Programme Régional de Télémédecine  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
TELAP : Télémédecine appliquée aux plaies  
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## **INDEX Tableaux et figures**

. Tableau 1 : Présentation des EHPAD

. Figure 1 : les bassins de vie Bas Normands selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

. Figure 2 : densité des médecins généralistes libéraux et mixte pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie

. Figure 3 : Variation des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes entre 2007/2015 à l'échelle des bassins de vie

. Figure 4 : Démographie nationale selon la cartographie médicale faite par le conseil national de l'ordre des médecins

. Figure 5 : cartographie de la densité médicale dans le territoire Bas Normand

# Sommaire

## I. Introduction

- A. La démographie médicale et le vieillissement de la population
  - 1. La situation au niveau national
  - 2. La répartition des médecins généralistes en Basse-Normandie
  - 3. La démographie normande par rapport au niveau national
- B. Les EHPAD
  - 1. Historique des EHPAD
  - 2. Fonction d'un EHPAD
- C. La télémédecine
  - 1. Prémices de la télémédecine
  - 2. Législation et télémédecine
- D. La télémédecine dans les EHPAD
- E. Ce travail et cette thèse
  - 1. Hypothèse principale
  - 2. Hypothèses secondaires

## II. Matériels et méthodes

- A. La méthode
- B. La population cible
- C. Le guide d'entretien
- D. Les entretiens
- E. L'étude des données
- F. La bibliographie

## III. Résultats

- A. Présentation des EHPAD
- B. Démographie médicale
  - 1 Par rapport aux médecins traitants
    - a. Eloignement
    - b. Peu d'effectif
    - c. Surcharge de travail pour les généralistes
    - d. Limites des déplacements des médecins traitants
    - e. Difficultés face à la gériatrie
  - 2. Par rapport aux prises en charge hospitalières
    - a. Réticences des EHPAD face aux services d'urgences

- b. Réticences des familles face à certains hôpitaux
- 3. Par rapport aux patients non résidents d'EHPAD
  - a. Difficultés comparables dans et hors EHPAD
  - b. Facilités du fait de l'implication du personnel soignant
  - c. Anticipation
  - d. Difficultés par rapport aux secrétariats
  - e. Position géographique
- C. Expériences vécues par les EHPAD de la télémédecine
  - 1. Par rapport à la démographie médicale
    - a. Aide par rapport au manque de médecins
    - b. Exemples prometteurs
    - c. Personnels en demande
  - 2. Par rapport au travail préparatoire requis
    - a. Explications
    - b. Moyens présents
  - 3. Par rapport à la rentabilité et aux bénéfices attendus
    - a. Economies pour les transports
    - b. Gain de temps
    - c. Confort pour les patients
- D. Freins au développement de la télémédecine
  - 1. Logistique
    - a. Internet et connexion
    - b. Soucis de matériels
    - c. Télémédecine dégradée
  - 2. Communication et organisation
    - a. Manque de formation
    - b. Perte d'informations
    - c. Problème de communication interne et de transmissions
    - d. Manque d'offres
    - e. Manque de connaissances et d'informations
  - 3. Peurs et représentations
    - a. Manque d'intérêt
    - b. Sentiment de solitude
    - c. Peur du changement
    - d. Peur de la déshumanisation
  - 4. Système
    - a. Lourdeur et complexité des protocoles en place
    - b. Système d'évaluations faillible
    - c. Manque de coordination et d'aboutissement des projets
    - d. Manque de moyens
    - e. Recherche de rentabilité
    - f. Manque de personnel

g. Surcharge de travail

IV. Discussion

A. Les forces

B. Les limites

C. Exploitation des résultats et comparaison avec la littérature

1. Télémédecine et soins palliatifs
2. Télémédecine et dermatologie
3. Télémédecine et gériatrie-psycho-geriatrie
4. Télémédecine et amélioration de la prise en charge médicale générale
5. Télémédecine et hospitalisation
6. Télémédecine et satisfaction des médecins traitants
7. Etudes avant mise en place de la télémédecine
8. Télémédecine et bénéfices économiques

D. Analyse des thèmes

1. Evènements et résultats inattendus
  - a. Manque de connaissances de l'outil
  - b. Réticences des professionnels l'utilisant déjà
  - c. Etat démographique préoccupant
2. Thèmes croisés
  - a. La démographie médicale
  - b. Avantages de la télémédecine
    - i. Bénéfices pour les professionnels
    - ii. Bénéfices directs pour les patients
  - c. Freins au développement de la télémédecine
    - i. Problèmes en rapport avec la technique
    - ii. Problèmes en rapport avec la communication
    - iii. Problèmes en rapport avec les peurs et les appréhensions
    - iv. Problèmes en rapport avec le système

V. Conclusion

Annexe 1 : Les différents types de télémédecine

Annexe 2 : Guide d'entretien (version finale)

Annexe 3 : CD des entretiens

# **I. Introduction**

## **A. La Démographie médicale et le vieillissement de la population**

### **1. La situation au niveau national**

Tout le monde a entendu parler des soucis de démographie médicale de notre temps (1). On ne compte plus le nombre de fois où on entend dire que les jeunes médecins ne veulent plus ni s'installer ni même travailler. Mais, comme souvent dans les bruits populaires, la réalité est toute autre.

Le début de l'histoire remonte à l'instauration du Numerus Clausus en 1971 qui devait réguler la population de médecins et, par sa vision à long terme, régler les problèmes d'effectifs par la suite. La politique de santé de l'époque a encouragé le nombre de candidats autorisés à poursuivre des études médicales à diminuer dès 1978 pour atteindre son nadir en 1993 (2).

Depuis, les politiques de santé publique ont évolué et ont cherché à inverser la balance, avec pour conséquences directes une augmentation des quotas de professionnels de santé, même si le Numerus Clausus n'est toujours pas revenu à son niveau de 1978. Néanmoins, les derniers rapports de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) (3,4,5) sont formels : il n'y a, paradoxalement, jamais eu autant de médecins en France qu'actuellement ! Et pourtant, le problème de l'accès aux soins semble toujours aussi prépondérant... Comment est-ce possible ?

Cela s'explique par différentes raisons, une question aussi complexe que celle de la démographie médicale ne peut que trouver une réponse multifactorielle (6). On ne s'étendra pas sur toutes, car elles sont nombreuses. On peut noter par exemple la modification des souhaits de conditions de travail des jeunes médecins (7) : comme le reste de leur génération, les jeunes médecins souhaitent mieux allier vie professionnelle et vie personnelle, ou encore les types d'exercice : les jeunes médecins pratiquant plus souvent du temps-partiel ou du temps partagé que leurs prédécesseurs.

Nous n'avons volontairement pas parlé de la féminisation de la profession car cet argument est discutable. En effet, il n'y a déjà pas eu d'étude récente sur le sujet. L'une des dernières en date, remonte à 2005 (8). Il s'agit d'une étude de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de la région Rhône-Alpes, confirmant la projection de la DRESS précédemment citée (6), qui avait montré que les différences d'amplitudes horaires entre les hommes et les femmes médecins tendaient à diminuer. En revanche, cette étude confirmait que l'évolution des jeunes et futurs médecins suivait l'évolution sociétale : à savoir que les deux sexes, sans différence significative, ne souhaitent pas sacrifier, autant que leurs aînés, leur vie personnelle pour leur vie professionnelle.

L'argument de la féminisation est d'autant plus compliqué à considérer que c'est la façon de travailler qui semble différer (9). On note notamment ce chiffre qui commence à être connu : le temps moyen de consultation de médecine générale est de 17 minutes pour les

hommes médecins et de 19 minutes pour les femmes médecins. Les femmes déclaraient à l'époque s'occuper seules de la gestion et de la comptabilité de leur cabinet et les hommes, au contraire, déclaraient être plus souvent aidés par leur conjointe.

En revanche, l'une des raisons qui nous intéresse ici est le vieillissement de la population. Sans vouloir stigmatiser une partie de la population, force est de constater que la prise en charge de la personne âgée est une discipline à part entière et que si l'on veut bien s'occuper de la santé et du bien-être de ces personnes, il a fallu à la médecine une évolution également. Désormais, très peu de généralistes n'ont pas, dans leur patientèle, une part importante de personnes souffrant de polyopathologies gériatriques et même de personnes nécessitant un accueil en structure spécifique, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

## 2. La répartition des médecins généralistes en Basse-Normandie

Actuellement, les 83 bassins de vie de la région Basse-Normandie recensent 1 273 médecins généralistes libéraux et mixtes. (10,11) (Figure 1)

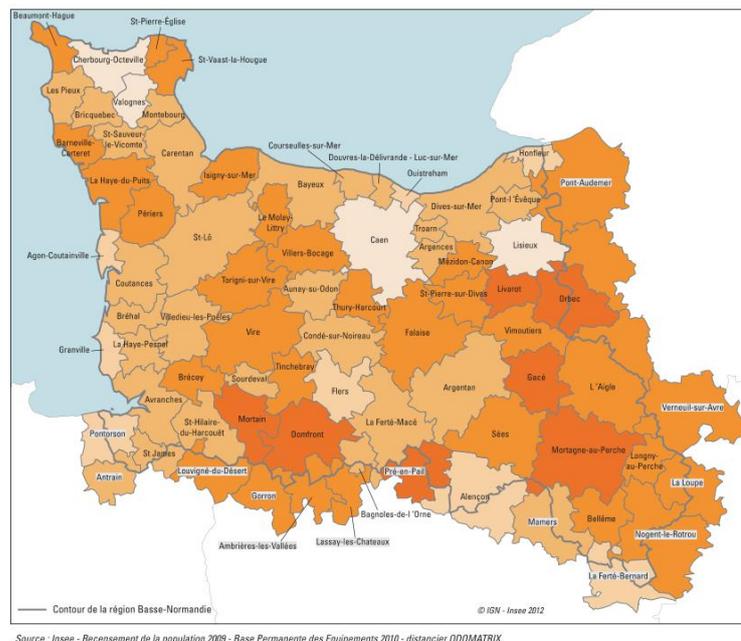


Figure 1 : les bassins de vie Bas Normands selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

Les 83 bassins de vie sont composés en moyenne de 15 médecins généralistes libéraux et mixtes. Un bassin de vie compte en moyenne 7,1 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants. 42,2% des bassins de vie de la région Basse-Normandie sont caractérisés par une densité faible.

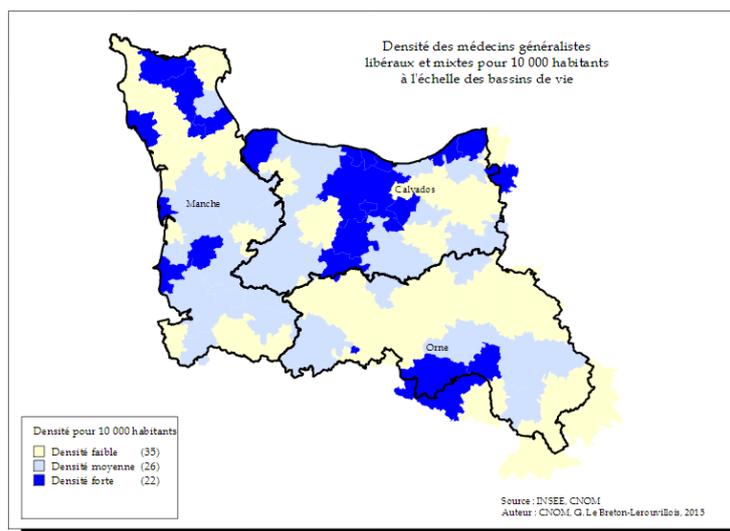


Figure 2 : densité des médecins généralistes libéraux et mixte pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie

Cependant, certains bassins évoluent rapidement : l'offre de soins du bassin de Caen est en augmentation, et pour d'autres, comme celui de Sées, diminue.

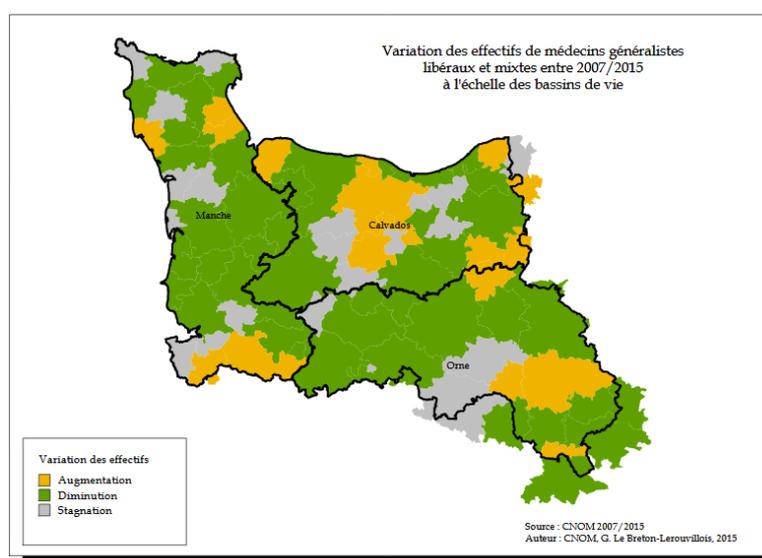


Figure 3 : Variation des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes entre 2007/2015 à l'échelle des bassins de vie

Ainsi, puisque l'offre de soins autour de la ville de Caen est en augmentation, on pourrait croire que cette problématique ne concerne que le reste du territoire de l'ancienne Basse-Normandie. Qu'en est-il par rapport au niveau national ?

### 3. La démographie normande par rapport au niveau national

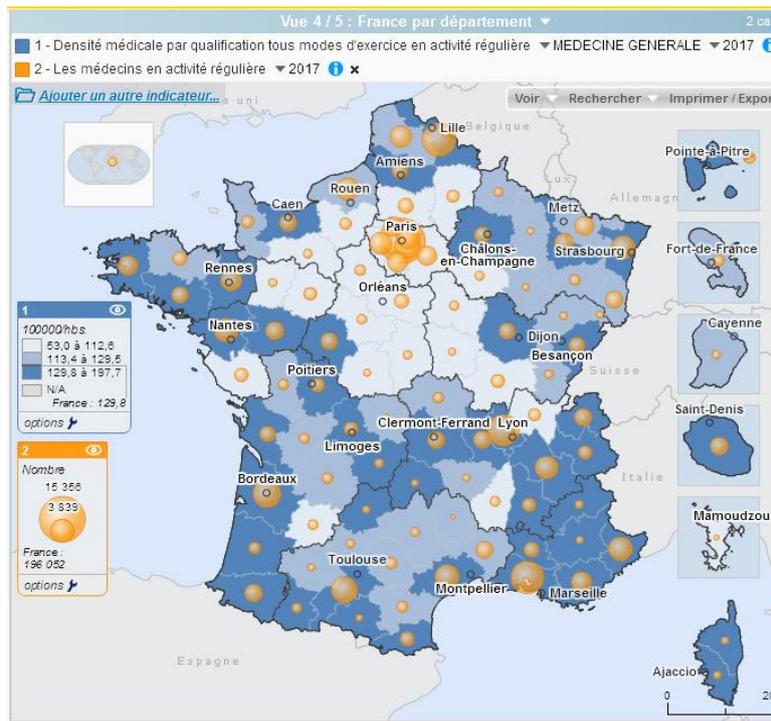


Figure 4 : Démographie nationale selon la cartographie médicale faite par le conseil national de l'ordre des médecins

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la région Bas Normande est très hétérogène dans sa densité médicale. L'Orne est fortement sous dotée en médecins face au reste de la France. La densité de la Manche est très légèrement inférieure à celle de la France qui se situe à 129.8 médecins pour 100 000 habitants. Le Calvados est le seul département de la région à avoir une densité supérieure à la moyenne française. Mais on retrouve de grandes disparités sur le territoire comme le montre cette autre cartographie ci-dessous de l'Ordre National des Médecins sur le territoire Bas normands (12).

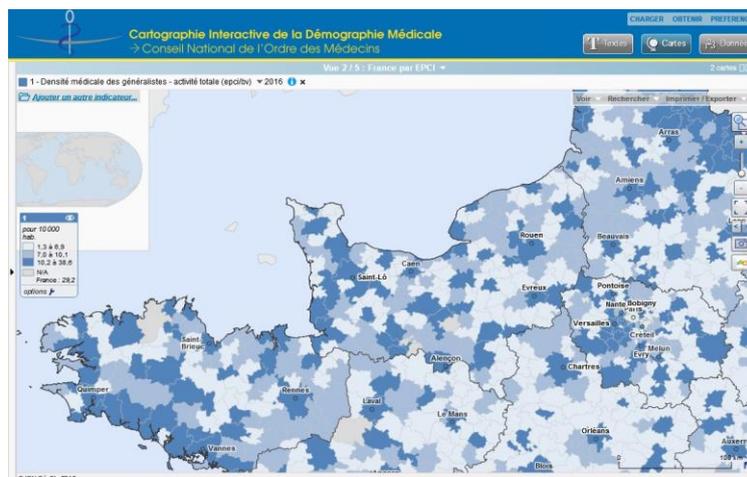


Figure 5 : cartographie de la densité médicale dans le territoire Bas Normand

Et finalement, si on s'intéresse à la région de Caen, nous arrivons à un autre type de problème : il existe en effet un flux migratoire positif de personnes, souvent âgées, venant terminer leur vie sur la côte de Nacre. Bien que cette donnée soit flatteuse pour la région, il faut bien penser que ces patients potentiels ne sont, de base, pas suivis par des médecins généralistes normands. Ce qui pose souvent souci car, comme ils ont des médecins traitants déclarés la plupart du temps à l'endroit où ils ont vécu leur vie dite « active », ils ne sont pas repérés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) comme nécessitant un médecin traitant puisqu'ils en ont déjà un déclaré. De ce fait, lorsqu'ils ont des soucis de santé, il est très compliqué pour les médecins généralistes de la communauté urbaine de Caen d'absorber ce flux de patients dont le nombre est impossible à déterminer, malgré nos tentatives auprès de la CPAM du Calvados, puisqu'il n'est, de toute façon, pas chiffré.

Et c'est ainsi que nous en arrivons au deuxième point important de ce travail : les EHPAD, où se retrouvent souvent cette fameuse population de personnes d'un certain âge ayant migrée en Normandie.

## **B. Les EHPAD**

### **1. Historique des EHPAD**

BRAMI G. (13) nous explique que dans les années d'après-guerre, les établissements d'hébergement avaient la dénomination « d'hospices ». Cette appellation, aujourd'hui connotée négativement, ne l'était pas du tout à l'époque. Très rapidement, l'élévation du niveau de vie général de notre pays a conduit à des modifications terminologiques. Ainsi, la grande réforme hospitalière de 1970, avec la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (14), va introduire la notion de « maison de retraite » médicalisée ou non, écartant définitivement le terme d'hospice.

Dans l'apparition de la médicalisation de ces établissements, on retrouve une certaine organisation qui voit le jour : la présence d'aides-soignants, d'infirmières sous des formes salariées ainsi qu'une ou des vacations de médecins. Néanmoins, en 1975 pour éviter une concurrence avec les hôpitaux, cette médicalisation reste limitée puisque les établissements ont l'interdiction de se médicaliser entièrement.

C'est avec la réforme de 1999 des établissements, avec la prestation spécifique dépendance, ancêtre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) que va apparaître l'appellation d'EHPAD. D'ailleurs, cette nouvelle terminologie implique une médicalisation beaucoup plus développée. Cette évaluation permet de fixer le nombre de postes d'Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) et d'Aides-Soignants (AS) salariés nécessaires. Cette réforme a également permis la création d'un poste de médecin coordonnateur par établissement. En 2007, un second processus de médicalisation est lancé : la « Pathosification ». Cette évaluation des besoins de soins des résidents est basée sur le Pathos, un système d'évaluation effectué par le médecin coordonnateur et validé par le médecin conseil de la CPAM.

Aujourd'hui encore, c'est ainsi que fonctionne les financements des établissements de ce type.

## 2. Fonction d'un EHPAD

« La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins dans la continuité des interventions ». (15) C'est ainsi qu'est écrit l'article 2 de l'arrêté du 8 septembre 2003 dans la charte des droits et des libertés de la personne accueillie. Ce que l'on peut comprendre de ce texte, est que les personnes dépendantes ont également le droit d'avoir un lieu de vie adapté à leur niveau d'autonomie, à leur besoin d'organisation de vie et assurant leur sécurité.

Un EHPAD a donc une fonction de type « hôtelier » : il s'agit d'un établissement proposant le gîte et le couvert et répondant à un certain nombre de normes et de contraintes d'hygiène et de sécurité. Mais pas que ! Dans la plupart des EHPAD sont retrouvées aussi une composante d'animation et, bien entendu, un rôle d'accompagnement médical.

Au final, la fonction d'un EHPAD est bien résumée par FOURCADE J. (16) : il ne s'agit ni simplement d'héberger ni de seulement soigner mais bien d'accompagner la personne âgée dépendante dans son vieillissement au quotidien et dans tous les aspects de sa vie.

Nous en arrivons donc à un flux de population positif, ne pouvant pas toujours être pris en charge par les généralistes de la région qui se retrouvent en EHPAD. La question que l'on peut se poser alors est : comment leur garantir malgré tout un accès aux soins décent et suffisant ? C'est à ce moment-là que l'on peut introduire la notion suivante.

## C. La télémédecine

### 1. Prémices de la télémédecine

De tout temps, les médecins ont adopté des techniques nouvelles qui ont réalisé leur preuve dans la contribution à l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients. En considérant que la télémédecine représente toute activité médicale effectuée à distance, ses prémices sont assez anciennes et nous ramènent au début du siècle dernier.

En effet, en suivant ce principe, on peut considérer les quatre phases de la télémédecine identifiée par Norris AC (17) :

- de 1840 à 1920 : l'ère du télégraphe et du téléphone ;
- de 1920 à 1950 : l'ère de la radio ;
- de 1950 à 1990 : l'ère de la télévision et des technologies spatiales ;
- à partir des années 1990 : l'ère des technologies numériques.

Cette période est marquée par l'évolution des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) permettant l'explosion de la télémédecine. Le passage des communications analogiques aux digitales et la démocratisation d'internet notamment, a permis l'émergence du concept de Télémédecine tel qu'on le conçoit actuellement.

La télémédecine a été définie, en 1997, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une composante à part entière de la médecine (18).

Il s'agit de « *services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par des professionnels de santé, faisant appel aux technologies de l'information et des communications* » :

- d'une part « *pour assurer l'échange d'informations valides à des fins de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies et des blessures* »

- et d'autre part, « *pour les besoins tant des activités de la formation permanente des prestataires de soins de santé que des travaux de recherche et d'évaluation, toujours dans l'optique de l'amélioration de la santé des individus et des communautés dont ils font partie* ».

## 2. Législation et télémédecine

En France, l'exercice de la télémédecine est reconnu officiellement comme pratique médicale à distance depuis le 21 juillet 2009 via l'article 78 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) modifié par la LOI n°2017-1836 du 30 décembre 2017 – art 54 (19).

Cinq actes sont individualisés (annexe n°1) :

- la téléconsultation « *a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient* ».

Il s'agit d'un acte médical se réalisant en présence du patient. Ce dernier dialogue avec le ou les médecins télé consultants requis en présence ou non du médecin requérant, ou de tout autre soignant ayant en charge le patient.

- la téléexpertise « *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* ».

En pratique, il s'agit de tout acte diagnostic et/ou thérapeutique se réalisant en dehors de la présence du patient. C'est un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques et / ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient. Cet acte de télémédecine s'applique à la dermatologie, ou au dépistage de la rétinopathie diabétique (20).

- la télésurveillance médicale « *a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient* ».

Il s'agit d'un acte médical découlant de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique et /ou biologique, recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. La surveillance des défibrillateurs automatiques implantables à distance en est un exemple.

- la téléassistance médicale « *a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte* ».

- la régulation médicale « *a pour objet de réaliser un premier diagnostic de l'état du patient et de donner une orientation du patient vers la prise en charge la plus adaptée* ».

## **D. La télémédecine dans les EHPAD en Normandie**

La télémédecine ne se substitue pas aux pratiques médicales actuelles mais elle constitue un levier majeur d'amélioration de la performance de notre système de santé. Elle établit une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques, démographiques et économiques auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

Le développement de cette activité fait l'objet d'une démarche planifiée, décrite et organisée par le Programme Régional de Télémédecine (PRT) sous la gouvernance des ARS.

L'ARS de Normandie ne déroge pas à la règle et a lancé en avril 2017 un grand appel à projet (21). Une expérimentation est d'ailleurs en cours depuis février 2018. Ce projet a pour ambition de faciliter l'accès au plus près du résident à des avis médicaux pour une prise en charge de qualité, éviter le transport de résidents âgés pour des avis médicaux demandés par leur médecin traitant, limiter le passage aux urgences des personnes âgées par une prise en charge diagnostic précoce au plus près de leur lieu de vie et organiser un maillage territorial global des EHPAD, via un dispositif de téléconsultations accessibles aux professionnels de santé et aux établissements de santé qui le souhaitent.

## **E. Ce travail et cette thèse**

C'est avec tous ces éléments que nous nous sommes intéressés à la question de l'intérêt de la télémédecine dans les EHPAD de la communauté urbaine de Caen. En effet, nous pourrions accepter le fait que proposer un accès aux soins dans une zone aussi déficitaire que la nôtre, sans déplacement pour une population déjà fragilisée, comme celle vivant dans ce type d'établissement, paraît être une bonne idée. De plus, si des retours d'expériences de ces EHPAD sont concluants, il pourrait être intéressant de les développer et de les élargir à la Médecine Générale (souhait actuel du groupe Télémédecine Appliquée aux Plaies ou TELAP), ou simplement l'intégrer dans la pratique quotidienne des généralistes de la région, dans leur travail de prise en charge globale et de coordination du parcours de soins du patient. Comme on conseillerait à un patient insuffisant cardiaque de consulter son cardiologue, on pourrait envisager de lui proposer de plutôt demander une téléconsultation de cardiologie (téléconsultation préférentiellement selon des critères à définir ultérieurement).

## 1. Hypothèse principale

Pourtant, le fait est que, malgré un certain « phénomène de mode » la télémédecine n'est pas tant vulgarisée que cela. La question que l'on s'est alors posée est pourquoi ? Qu'est-ce qui pousse un outil tel que celui-là à ne pas se développer ? Y a-t-il des freins insoupçonnés ? Des situations où son utilisation est plus pertinente que d'autres ?

En réalité :

Quels sont les facteurs influençant le développement de la télémédecine dans les EHPAD de la région malgré le contexte démographique actuel ?

## 2. Hypothèses secondaires

Dans les hypothèses secondaires de ce travail, on retrouve :

- Quelle est l'influence du coût de la télémédecine sur son développement ?
- Certaines spécialités médicales sont-elles inadaptées ou au contraire plus propices que d'autres à la télémédecine ?
- Quelles sont les différences dans l'utilisation de la télémédecine avec les autres régions ? (beaucoup d'expérimentation dans certaines régions, quid de la nôtre ?)
- Qu'est-ce qui rend la télémédecine attractive pour un centre comme un EHPAD ?
- Au contraire, qu'est-ce qui freine l'usage de la télémédecine ?

## **II. Matériel et Méthode**

### **A. La Méthode**

La méthode qualitative a été retenue pour cette étude. Cette méthode semblait la plus adaptée du fait de la démarche compréhensive de notre problématique. De plus, nous n'avons retrouvé aucun autre travail sur le sujet. Il semblait donc plus adapté de commencer par une étude de ce type afin de faire émerger des nouvelles idées et de distinguer les différents avantages et inconvénients de cet outil le tout à partir d'expériences rapportées du terrain.

Elle nous a permis de faire émerger les problématiques liées aux contraintes de démographie médicale, les retours d'expérience de personnels soignants d'EHPAD ayant déjà utilisé de la télémédecine dans leur pratique et aussi les principales réticences, craintes et contraintes qui limitaient la mise en place et le développement de la télémédecine dans les EHPAD sélectionnés.

### **B. La population cible**

L'étude a porté sur une sélection de 15 EHPAD situés à Caen et dans la communauté urbaine de Caen. Ce choix a été fait afin de s'affranchir des problèmes de connexion internet, du fait de la proximité avec la ville de Caen. La sélection devait également servir à permettre d'étudier un type d'établissement moins confronté aux difficultés d'accès aux soins rencontrées par d'autres parties de la Région.

Ces EHPAD ont été sélectionnés avec le soutien du Dr BLANCHERE de l'organisme Télémédecine Appliquée aux Plaies (TELAP). Ils avaient tous, en effet, déjà été en contact avec le groupe. Cela nous permettait d'interroger des EHPAD qui n'étaient pas opposés sur le principe à la télémédecine du fait de leur collaboration antérieure avec le groupe.

La variation maximale a été recherchée sur le sexe et l'âge des personnes rencontrées, leur temps d'exercice en structure de ce type (EHPAD), la fonction des professionnels (médecins coordonnateurs, infirmier(e)s de coordination (IDEC) et membres de la direction d'établissement) et sur leur profil de carrière avant leur prise de fonction en EHPAD (avaient-ils un autre type d'exercice avant ? Sont-ils exclusivement dans la structure ou ont-ils plusieurs établissements en temps partiels ?), et ce afin d'obtenir le maximum de représentation d'opinions.

### **C. Le guide d'entretien (Annexe n°2)**

Un guide d'entretien initial a été établi pour servir de support aux différents entretiens réalisés. Pour le construire, nous nous sommes basés sur les exemples retrouvés dans la littérature en ce qui concerne la télémédecine. Nous nous sommes également renseignés sur le fonctionnement général des EHPAD et sur l'état démographique de la région urbaine de Caen-la-mer. Enfin, nous nous avons complété en nous basant sur les présupposés des chercheurs.

Ce guide d'entretien comprenait une première partie avec des questions d'anonymisation :

- Nombre de résidents dans l'établissement
- Nombre d'infirmier(e)s dont dispose l'établissement
- Présence ou non d'un médecin coordonnateur
- Présence à temps plein ou non d'une infirmière de coordination

Les entretiens devaient se dérouler en 6 thèmes :

- L'organisation générale de l'établissement et des équipes soignantes
- Les difficultés potentielles en termes d'accès aux soins
- Les différents outils numériques et informatiques et l'accès à internet
- Les rapports entre l'humain (résidents et personnels soignants) et les nouvelles technologies
- La télémédecine déjà pratiquée dans l'EHPAD
- Les attentes et les besoins des EHPAD en termes de télémédecine

Le premier avait pour but d'aborder le sujet des capacités humaines de l'établissement. En effet, il était intéressant de laisser les personnes interrogées expliquer comment ils géraient la charge de travail que représente une prise en charge générale de résidents en EHPAD.

Le deuxième établissait un état des lieux de l'offre de soins à disposition des différents EHPAD. Tout d'abord en termes d'accès à des consultations de médecine générale, ensuite par rapport à quelles sont les autres différentes spécialités pour lesquelles il est difficile d'obtenir un rendez-vous pour les résidents et enfin concernant les possibilités des EHPAD interrogés dans des situations d'urgences relatives et d'urgences vraies.

Le troisième servait à discuter des capacités techniques des EHPAD. Il s'agissait de chercher à savoir quels étaient les équipements disponibles pour d'éventuels actes de télémédecine (tablettes, ordinateurs, smartphones dédiés, salle de télémédecine...) mais aussi parler de l'accès à internet et la qualité de celui-ci.

Le quatrième devait chercher à identifier comment les résidents se positionnaient face aux soins et notamment ceux liés aux pratiques utilisant des nouvelles technologies et à la télémédecine en règle générale. Il était également question de voir comment le personnel soignant, infirmier, aide-soignant, paramédicaux, mais aussi IDEC et médecin coordonnateur, appréhendaient la disponibilité de ces nouveaux outils et de cette nouvelle approche des patients.

Le cinquième avait pour objectif d'évaluer à quel point l'EHPAD s'était approprié les partenariats de télémédecine déjà en place dans la structure. En effet, la plupart des EHPAD interrogés pratiquent déjà, de façon plus ou moins importante, de la télémédecine, il semblait donc intéressant de leur demander leurs retours d'expérience et de soulever ainsi les premières difficultés directement liées à ce genre d'actes.

Le sixième, enfin, avait pour vocation de laisser aux personnes interrogées la possibilité de donner un avis par rapport à leur pratique de la télémédecine, qu'auraient-ils voulu développer, quels besoins ont-ils, quels apports hypothétiques de la télémédecine ils souhaiteraient s'ils avaient tous les moyens nécessaires.

Ces différents thèmes cherchaient vraiment à développer les limites internes, qu'elles soient techniques, matérielles et/ou humaines, à la mise en place de la télémédecine dans les EHPAD.

Ce guide d'entretien initial a évolué après la réalisation des 2 premiers entretiens afin de rendre les entretiens suivants plus fluides.

#### **D. Les entretiens**

Les entretiens étaient réalisés à l'aide du guide d'entretien défini ci-dessus. Il s'agissait d'échanges en présentiel semi-dirigés. Un enregistrement audio était systématiquement réalisé après avoir recueilli le consentement des personnes rencontrées et les entretiens ont été anonymisés en masquant la localisation des EHPAD.

Les entretiens se sont déroulés *in situ* dans les EHPAD.

Lorsque plusieurs personnes d'un même EHPAD acceptaient de nous rencontrer, nous avons plutôt procédé à des « focus groupe », c'est-à-dire que nous les avons tous rencontrés ensemble au cours du même entretien. Ce procédé a permis de favoriser une certaine dynamique tout en répondant à la demande de confort et d'organisation des personnels des EHPAD répondant.

Tous les enregistrements ont été retranscrits en intégralité, en respectant le langage oral.

Pour les personnes ayant refusé l'enregistrement audio, des notes ont été prises au cours de l'entretien et une synthèse de ces réflexions, la plus exhaustive possible, a été insérée dans le document final.

## **E. L'étude des données**

Après retranscription des entretiens, un encodage par verbatim en trois temps a été réalisé en double lecture.

Tout d'abord un encodage ouvert qui a consisté à étiqueter des fragments de textes afin de dégager plusieurs thèmes principaux.

Ensuite, un encodage axial a permis de comparer les codes ouverts entre eux pour les regrouper dans des codes généraux.

Enfin, un encodage sélectif a été réalisé afin de classer les codes généraux et d'établir une conclusion logique et pertinente.

Les données et les différents codes ont été regroupés dans des tableurs Excel.

## **F. La bibliographie**

La bibliographie de l'étude et la gestion des ressources ont été réalisées avec le logiciel Zotero.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur internet, sur le catalogue « sudoc » et à la Bibliothèque Universitaire (BU) du campus 5 de Caen.

### **III. Résultats**

#### **A. Présentation des EHPAD**

N°	Nb de résidents	IDE	Médecin coordonnateur	IDEC	Nb de personnes	Temps d'entretien
1	77	3.5 Equivalent Temps Plein (ETP)	Oui	Oui	1	14'54
2	61	4.2 ETP	Non	Oui	2	16'03
3	82	4 ETP	Oui	Oui	1	17'49
4	Exclu	Exclu	Exclu	Exclu	Exclu	Exclu
5	80	8 ETP	Oui	Oui	1	15'47
6	100	4.5 ETP	Oui	Oui	1	18'09
7	102+10 accueils de jour	6 ETP	Oui	Oui	1	10'23
8	108+4 accueils temporaires	5.5 ETP	Oui	Oui	1	20'58
9	180	8 ETP	Oui	Oui	2	17'16
10	75	6.5 ETP	Oui	Oui	1	18'41
11	Refus	Refus	Refus	Refus	Refus	Refus
A	88	7 ETP	Oui	Oui	1	Refus
B	80	5 ETP	Oui	Oui	2	Refus
C	132	8.6 ETP	Oui	Oui	2	Refus
D	35	2 ETP	Oui	Oui	1	Refus

*Tableau 1 : présentation des EHPAD*

15 EHPAD ont été présélectionnés parmi ceux travaillant déjà avec le réseau TELAP. Parmi ces 15 EHPAD, un seul, noté Etablissement numéro 11, a refusé de nous recevoir malgré de nombreuses relances. Le motif évoqué a été le manque de temps des différentes personnes que l'on voulait interviewer (Médecin coordonnateur, Infirmier(e) de coordination, direction de l'établissement).

Nous avons finalement rencontré soit le médecin coordonnateur, soit l'infirmière de coordination soit les deux ensembles dans 14 EHPAD, ce qui représente 17 personnes interviewées. Parmi ces EHPAD, quatre d'entre eux, notés Etablissement A à Etablissement D, ont refusé l'enregistrement, l'un car le médecin coordonnateur était opposé à la télé-médecine et ne

voulait pas que ses propos ne soient retranscrits précisément, les trois autres refus n'ont pas souhaité préciser les raisons de leur opposition. Des notes manuscrites ont été prises pour ces 4 EHPAD, ont été retranscrites de la façon la plus fidèle possible, ont été mises en annexe de ce document et ont principalement servi à améliorer le guide d'entretien. L'EHPAD noté Etablissement 4 a été exclu de l'analyse car le médecin coordonnateur interviewé s'était procuré le guide d'entretien initial et tout le travail préparatoire en amont de l'entretien. De ce fait, l'entretien a été biaisé et aucune nouvelle idée n'a émergé de l'échange qui semblait plus être un interrogatoire qu'un véritable entretien.

Après les 8 premiers entretiens, la saturation des données a été obtenue : aucune nouvelle idée n'a émergé. Nous avons malgré tout poursuivi les entretiens dans d'autres EHPAD car parmi ces 8 premiers entretiens, 4 d'entre eux avaient refusé l'enregistrement. La probable saturation des données ne pouvait donc être validée de façon certaine. Les interviews ont donc été poursuivis afin de vérifier que les données recueillies hors verbatim (transcription mot à mot des enregistrements) dans les Etablissements A, B, C et/ou D réapparaissaient bien toutes. Nous sommes donc arrivés à saturation des données après 14 entretiens, dont 10 enregistrés.

Les entretiens ont duré entre 10 et 21 minutes, avec une moyenne à 17 minutes, dans les locaux des EHPAD, principalement en tout début d'après-midi ou en fin de matinée selon les disponibilités des personnes interviewées afin de faciliter leur organisation. Ils avaient tous prévu environ 30 minutes pour les entretiens, ce qui a permis d'avoir des entretiens non limités dans le temps.

Sur les 14 entretiens, 4 étaient des focus groupes (avec à la fois le médecin coordonnateur et l'infirmier(e) de coordination) et 10 étaient des entretiens individuels.

Parmi les résultats, aucun n'est un frein ou un avantage à part entière mais dépend de la situation, des besoins et des demandes des résidents et de l'établissement.

Les citations données ci-dessous sont entre guillemets et en italique. Les propos du chercheur sont mis en gras et ceux de la personne interviewée sont en non-gras.

## **B. Démographie médicale**

### **1. Par rapport aux médecins traitants**

Lorsque la question de l'accès aux soins était soulevée, les personnes interviewées ont souvent abordé la part relevant du médecin généraliste des résidents.

#### **a. Eloignement**

Il a souvent été précisé que les médecins traitants des résidents avant leur entrée en EHPAD étaient parfois loin de l'établissement du fait du type de population de la région.

*E1 : Ils avaient des médecins sur la région parisienne ou ailleurs que dans la région et c'est vrai qu'avec la pénurie de médecins \*hésite\* à la ville de l'EHPAD 1, le premier cabinet il est sur Dives et ils avaient tendance à ne plus prendre de nouveaux résidents.*

#### **b. Peu d'effectif**

Il a également été souligné la difficulté d'avoir des généralistes dans la région.

*E2 : Quand on n'a pas du tout de médecins ben, voilà !*

*E8 : On a quand même du mal à trouver, enfin, il y a de moins en moins de généralistes, ça se sent quoi.*

#### **c. Surcharge de travail pour les généralistes**

Un autre point souvent rappelé par les personnes interviewées est la charge de travail des généralistes de la région et les difficultés qu'ils rencontrent à absorber la demande, et notamment la demande des EHPAD.

*E2 : ils peuvent pas venir, parce que voilà ! dans les délais où on voudrait qu'ils viennent et parce que voilà ! ils ont des temps de repos aussi.*

*E10 : Ce qui pose quand même une difficulté parce que du coup, les médecins du coin, ils sont quand même un peu \*hésite\* ils sont un peu saturés aussi donc*

*E9 : Ben bien sûr, il y en a ! C'est \*hésite\* les médecins libéraux surbookés quoi ! Enfin, qui répondent pas toujours présents quand il faut.*

#### **d. Limites des déplacements des médecins traitants**

Les personnes interviewées parlent également de leur difficulté face au fait que les médecins généralistes ne se déplacent pas toujours en EHPAD.

*E1 : il y a des jeunes médecins qui ils viennent de s'installer et qui disent « ben non, moi je ne peux pas venir, que le mardi » Enfin, voilà !*

*E7 : quand on a un souci, c'est le médecin \*hésite\* enfin vous êtes généraliste, je ne sais pas si vous faites des remplacements mais ils se déplacent de moins en moins, les personnes âgées qui se déplacent, c'est aussi de plus en plus difficile*

*E8 : Quand ils arrivent ici, s'ils doivent changer de médecin traitant, on a du mal à trouver des médecins traitants qui acceptent d'intervenir en EHPAD.*

#### **e. Difficultés face à la gériatrie**

Enfin, certaines personnes interviewées ont relevé que les généralistes avaient, pour certains, des difficultés face à la gériatrie.

*E2 : parce que les médecins de villes sont très très frileux à enlever les médicaments qui ont été mis par leurs confrères cardiologues, par leurs confrères neurologues, etc. Donc on cumule les spécialités, on cumule les médicaments et un même résident peut avoir une multitude de médicaments et ce devrait être au médecin \*hésite\* traitant de trier, de se dire, bon voilà ! D'interpeller ses confrères etc. Mais ça ne se fait pas.*

*E9 : Après, c'est moi, en tant que médecin co, je peux le dire c'est \*hésite\* pour certains, pas tous évidemment ! mais pour certains, leur manque de formation à la gériatrie.*

## **2. Par rapport aux prises en charge hospitalières**

Si la question des médecins traitants est arrivée, les personnes interviewées ont également souvent parlé des centres hospitaliers de la région.

### **a. Réticences des EHPAD face aux services d'urgences**

Les personnes interviewées ont facilement dit rechercher à éviter au maximum d'envoyer leurs résidents aux urgences.

*E2 : On envoie en dernier, mais vraiment dernier dernier délai aux urgences parce qu'on s'est que c'est vraiment perturbateur pour nos résidents. Donc, \*hésite\* c'est vraiment au dernier moment que... si on peut les garder et éviter de les envoyer dans les urgences, on le fait.*

*E3 : Voilà ! Après, je comprends aussi que les urgences c'est compliqué, il y a des priorités \*hésite\* Voilà ! ils sont débordés aussi, je pense aussi, mais \*rire nerveux\* on essaye de \*hésite\* Donc voilà ! les urgences c'est quand même pas \*hésite\* ce qu'on préfère...*

*E10 : Mais voilà ! L'urgence, c'est toujours un peu délicat, quoi. Quand on téléphone, ils nous disent « bon ben super ! on le prend dans 2 heures. » Parce que le but aussi, c'est d'éviter que les gens ne passent par les urgences. C'est ça qu'on veut éviter, c'est pas tellement l'hospitalisation en soit.*

### **b. Réticences des familles face à certains hôpitaux**

Certaines personnes interviewées nous ont également précisé que parfois, les restrictions face à certains centres hospitaliers émanaient des familles des résidents.

*E1 : il faut savoir qu'il y a des \*hésite\* il y a des familles aussi qui ont l'habitude \*hésite\* qui demandent \*hésite\* enfin qui veulent pas le CHU [Centre Hospitalier Universitaire], alors ça, c'est \*hésite\* ça arrive, qui demande le centre hospitalier des autres villes*

### **3. Par rapport aux patients non-résidents d'EHPAD**

Beaucoup ont fait des parallèles avec l'accès aux soins en dehors des EHPAD.

#### **a. Difficultés comparables dans et hors EHPAD**

Les personnes interviewées semblaient dire que, selon eux, les difficultés sont sensiblement les mêmes « *qu'à la maison* ».

E3 : *Et au niveau des délais \*hésite\* je crois que c'est \*souffle\* raisonnable, ça dépend ce qu'on appelle raisonnable, en fait \*hésite\* c'est... après je dirai que c'est un peu comme à la maison. C'est de l'ordre de quelques mois, c'est un peu comme à la maison*

E6 : *On va pas dire que c'est compliqué, on arrive à s'en sortir, hein ! Par rapport à des \*hésite\* à des EHPAD en campagne ou quoi, on arrive à avoir un suivi pour nos patients, dans des délais de 2-3 mois.*

E7 : [A propos des délais de rendez-vous] *Là encore, c'est comme partout*

#### **b. Facilités du fait de l'implication du personnel soignant**

Les personnes interviewées semblaient tous être très impliquées et se sentaient sincèrement concernées par la prise en charge des résidents.

E7 : *Après, ils sont libres aussi et on sera \*hésite\* on sera sûrement de leur côté s'ils disent « non, je ne veux pas ».*

E3 : *Je [L'infirmière coordonnatrice] fais aussi un peu de soins \*hésite\* pour aider l'équipe quand \*hésite\* on est vraiment dans le jus, quand il y a des absences, je remplace \*hésite\* Pas toujours, en fait, pas en systématique, mais \*hésite\**

Et cette implication semble garantir de bons échanges avec les différents interlocuteurs extérieurs et paraît être un facteur facilitant pour l'accès aux soins.

E2 : *dans l'urgence et la pathologie, on a nos infirmières qui viennent déjà avoir un regard un peu aiguisé, si elles ont un doute, elles vont \*hésite\* elles ont libre accès d'appeler le médecin qui peut les aiguiller sans pour autant faire une consultation. Donc, voilà ! le binôme marche bien et elles savent, ils savent que quand on les appelle et qu'on est désespéré c'est qu'il y a vraiment quelque chose donc il y a un état de confiance qui est là. Donc après, dès lors, ça ne pose pas de problème. (C'est vrai que vous me disiez tout à l'heure, avec une équipe bien fixe...) C'est ça ! Ils nous connaissent bien et*

*de ce fait, ils savent qu'on ne dit pas de bêtise, quand on dit qu'il y a une urgence, c'est qu'il y a vraiment une urgence. Et ça se passe vraiment très très bien.*

*E3 : quand on explique les choses au téléphone, quand c'est une infirmière qui explique au téléphone ou quand c'est un patient ou un résident chez \*hésite\* une personne chez elle qui demande pour prendre un rendez-vous, voilà ! Nous on peut avoir toutes les explications et puis on peut demander au médecin si jamais ça apporte \*hésite\* voilà !*

*E8 : Les autres spécialités, ça va. Très honnêtement, on a une équipe qui travaille bien, qui est habituée à prendre, à prendre les rendez-vous, euh... Voilà !*

### **c. Anticipation**

Ils nous ont bien rappelé l'importance de la prévention et de l'anticipation dans les prises en charges des résidents au quotidien.

*E9 : En tout cas, on essaye de, voilà ! d'hospitaliser le moins possible, d'essayer de prévoir des hospitalisations aussi, comme par exemple, ça nous est déjà arrivé avec l'hôpital A de prévoir une hospitalisation pour faire un bilan gériatrique global, bien que, on s'est rendu compte aussi que le bilan gériatrique, comme on a un médecin gériatre, une neuropsychologue, un ergothérapeute, ben on arrive quand même aussi à faire pas mal d'évaluations sur place. En tout cas, on essaye de l'éviter au maximum, mais voilà ! Ça demande de l'anticipation*

*E10 : Donc nous, notre politique d'établissement c'est d'essayer d'hospitaliser le moins possible les résidents, donc \*hésite\* on axe surtout notre projet de soins sur la prévention. Donc voilà !*

### **d. Difficultés par rapport aux secrétariats**

Les personnes interviewées déclarent également que l'une des grandes difficultés pour prendre des rendez-vous pour les résidents des EHPAD est l'indisponibilité téléphonique des secrétariats.

*E9 : Nous, c'était essentiellement de la cardio et que, en fait, le secrétariat de cardiologie est injoignable.*

### e. Position géographique

Les personnes interviewées reconnaissent que la proximité avec la ville de Caen leur facilite souvent leur quotidien.

E2 : *Alors aujourd'hui, pour un établissement comme le nôtre qui est bien desservi par les médecins traitants et \*hésite\* oui voilà ! Qui est bien desservi par les médecins traitants et où on a affaire à SOS Médecins, on est largement bien dotés.*

E8 : *Mais je pense que c'est une question d'accessibilité aux soins, hein ! A partir du moment où vous êtes à 5 minutes du CHU, euh... à 3 minutes de Saint-Martin et que, euh... voilà ! L'accès... Du coup, il n'y a pas de souci... (D'accord) Je pense que, au fond de la cambrousse...*

### C. Expériences vécues par les EHPAD de la télémédecine

#### 1. Par rapport à la démographie médicale

##### a. Aide par rapport au manque de médecins

Les personnes interviewées nous ont déclarés qu'ils envisagent facilement la télémédecine comme moyen d'accéder aux soins.

E1 : *ici, y'a pratiquement, enfin comme spécialiste, sur la ville de l'EHPAD 1 y'a rien, il faut aller soit à ville X et ville Y pour les radios. Donc c'est voilà. C'est sûr que si on pouvait avoir accès à la télémédecine, ça serait \*hésite\**

E2 : *Moi je serai plutôt pour ! Surtout dans les, comme nous, on est \*hésite\* c'est pas la campagne mais on est quand même très limité au niveau de la pénurie de médecins*

### **b. Exemples prometteurs**

Les personnes interviewées nous ont tous parlé de leur propre expérience avec notamment TELAP qui leur rend service sur les ulcères et les escarres.

E2 : *Concernant la télémédecine \*hésite\* Ben écoutez, des réseaux comme TELAP, c'est super important donc effectivement, il devrait y avoir des tablettes et étendre ce réseau \*hésite\* grandement.*

E6 : *après, pour la dermato, il y a quand même TELAP, enfin qui fait pas tout tout, mais pour les ulcères et tout, c'est intéressant ! Parce qu'au moins, ils nous donnent des avis et \*hésite\* C'est mieux que, c'est mieux de retransmettre des avis de \*pause\* (**D'accord**)*

E9 : *Du coup, il n'y a que TELAP qui fonctionne. Mais parce que TELAP, on \*hésite\* on travaille avec eux depuis quelques années maintenant.*

### **c. Personnel en demande**

Finalement, les soignants interviewés semblaient très demandeurs de projets de télémédecine.

E1 : *On est tous plutôt pour et plutôt demandeur de tout ce qui pourrait nous aider.*

E2 : *Le personnel serait selon moi plutôt pour, oui !*

E5 : *Et après, au contraire, les soignants aiment bien !*

E9 : *Et les médecins, on avait, on avait présenté ça à la dernière commission de coordination gériatrique, il n'y avait que deux médecins libéraux, mais ils étaient contents !*

## **2. Par rapport au travail préparatoire requis**

Les personnes interviewées ont spontanément expliqué ce qui, selon eux, étaient des prérequis incontournables de tout acte de télémédecine.

### **a. Explications**

Ils nous ont souligné l'importance de donner des explications.

E1 : *A chaque fois, faut présenter les choses.*

E7 : *Nous, on les informe ! on les informe à l'origine \*hésite\* Comment c'est, on leur explique et on leur dit qu'on a l'aval de leur médecin. Parce que ça se fait avec l'aval du médecin. Et \*hésite\* dès lors, ça se passe super bien, quoi !*

E8 : *jusqu'à présent en tout cas, quand on leur explique et que \*hésite\* on le fait pour leur bien-être et une bonne prise en charge, aucun des patients ne s'y est opposé.*

### **b. Moyens présents**

Les personnes interviewées ont également parlé du fait qu'avec des moyens suffisants, le bénéfice était supérieur.

E2 : *de toute façon, on fait partie de groupe d'EHPAD H donc c'est un grand groupe !*

E9 : *Puisqu'avant on n'avait que la petite tablette et on passait de chambre en chambre. Donc là, c'était compliqué. Mais là, maintenant que tout est centralisé, c'est nettement mieux.*

### **3. Par rapport à la rentabilité et aux bénéfices attendus**

Les personnes interviewées ont cité plusieurs exemples de bénéfices à l'utilisation de la télémédecine.

#### **a. Economies pour les transports**

Les personnes interviewées ont souligné que le développement de la télémédecine leur permettrait d'éviter de transporter les résidents.

E1 : *une patiente a été hospitalisée il y a 48h, là, elle retourne demain en gériatrie, moi je suis gériatre donc elle va chez les collègues en plus, alors qu'il y a des choses qu'on pourrait faire. Après, 2 jours après, elle a rendez-vous en ophtalmologie et la semaine d'après en endocrino. Donc c'est un peu dommage, avec les aller-retours, vous voyez ?*

E2 : *Mais évidemment, si ça peut éviter aux personnes âgées de faire des aller-retours en ambulance, avec un accès, pas seulement dermato !*

E5 : *Des fois, ça peut éviter le transport*

E6 : *Si ça pouvait diminuer les délais et éviter les transports...*

## **b. Economies de temps**

Ils ont également relevé que le développement de la télémédecine leur permettrait de s'épargner du temps d'attente pour avoir un rendez-vous avec un médecin et donnerait accès plus rapidement à un avis.

*E1 : si on peut avoir un conseil rapidement \*hésite\* Moi je serai plutôt pour !*

*E6 : Ben c'est sûr que ce serait intéressant de pouvoir avoir accès à un spécialiste, ne serait-ce que pour demander un avis \*hésite\* Voilà ! après on l'envoie ou on l'envoie pas mais ça permettrait de faire \*hésite\* un premier \*hésite\* un premier diagnostic ou une première orientation. Ça serait une bonne idée*

*E10 : Mais après, quand il y a besoin que le dermato voit le résident, ben on l'envoie. Et quelques fois, ça permet quand même de dégrossir un petit peu certains problèmes cutanées sans que les gens ne soient obligés de se déplacer.*

## **c. Confort pour les patients**

Enfin, les personnes interviewées ont plusieurs fois relevé le fait que la télémédecine telle qu'ils la pratiquaient actuellement représentait un confort dans la prise en charge des résidents.

*E9 : Ça va permettre de remettre dans le circuit \*hésite\* du suivi pleins de \*hésite\* pleins de résidents qui n'y allaient plus parce qu'ils n'arrivaient pas à se déplacer, déjà !*

*E10 : Pour des résidents, pour des fins de vie ou pour, pour des résidents où on sait que de toute façon, c'est vraiment pour soulager et c'est pour du confort, je pense que la télémédecine, elle a réellement son, son rôle.*

*E9 : Eux, ils sont contents ! Ceux qui ont vu avec TELAP, là, ils sont très contents. Parce que justement, ils sont ravis de ne pas avoir à se déplacer jusqu'au CHU. Donc là, oui oui, ils sont ravis ! Enfin, moi ceux que j'ai vu !*

## **D. Freins au développement de la télémédecine**

### **1. Logistique**

#### **a. Internet et connexion**

Les personnes interviewées nous ont parlé de souci de connexion et d'accès à internet, les empêchant de pratiquer des actes de télémédecine.

E2 : [Par rapport à la connexion internet] *\*hésite\* Correcte... Elle est \*hésite\* « bonne » c'est un bien grand mot.*

E6 : *Il y a des endroits où on ne capte pas et tout. Donc voilà ! A l'étage, on ne capte rien. Après, ce sont des choses connues.*

E7 : *on n'a pas internet du tout.*

#### **b. Soucis matériels**

Les personnes interviewées rapportent rencontrer régulièrement des soucis liés à leur manque de matériel et à des soucis techniques.

E2 : *Donc pas de connexion sécurisée, pas de messagerie professionnelle non plus.*

E8 : *c'est un logiciel qui est récent, donc qui n'est pas encore abouti pour certaines choses, il y a encore des dysfonctionnements. (D'accord) Chacune des demandes de euh... d'améliorations ne se fait que très lentement euh... d'une, d'une part et d'autre part euh... Ce qui fait que par exemple, quand vous faites une commission chute et que vous cherchez à ouvrir une, euh... un compte-rendu de chute, ben moi, ici, il faut 40 secondes. Donc, je vais dire que c'est nul.*

#### **c. Télémédecine dégradée**

Les personnes interviewées ont souvent admis avoir garder des mauvaises habitudes et pratiquer ce que l'on appelle de la télémédecine dite dégradée.

E3 : *Alors des fois, c'est \*hésite\* du coup par téléphone et on envoie les photos par MMS [Multimedia Messaging Service] un petit peu \*hésite\* en avance, avant la consultation pour que les photos soient sur place au moment de la consult parce que \*hésite\* ben comme là en fait, hein ! Internet, ça ne passe pas !*

E8 : *Sachant, que TELAP, normalement, en fait, on devrait pouvoir leur envoyer de notre logiciel vers leur logiciel, et qu'en pratique, en fait, on en est à la bonne, euh... à l'ancienne, à la bonne franquette : les filles prennent une photo qu'elles chargent sur l'ordinateur qu'elles envoient par mail ! Donc, euh, secret médical, euh... Et voilà !*

## **2. Communication et organisation**

### **a. Manque de formation**

Les personnes interviewées ont déploré le manque criant de formation à l'utilisation des outils de télémédecine au sein de leur établissement.

E3 : *Oui et non, c'est-à-dire qu'on se forme un peu \*hésite\* au moment où il y a besoin et l'infirmière qui est là, elle n'a pas trop le choix que de se former et puis \*hésite\* enfin voilà !*

E5 : *On a les tablettes, là. Et la formation, elles [les infirmières] se forment entre elles en fait.*

### **b. Perte d'informations**

Les personnes interviewées ont également souvent soulevé les problèmes de perte d'informations concernant les outils informatiques du au turn-over des équipes et aux transmissions.

E2 : *On a toujours une perte d'information. On a quand même de la perte, hélas ! Je ne sais pas quel levier activer pour ça, mais je pense qu'on a toujours un minimum d'informations qu'on arrive à perdre. Pour qui, pour quoi \*hésite\* on arrive à perdre ces informations, \*hésite\* qui me paraît être capital \*hésite\* Est-ce que c'est parce qu'on se le dit oralement et on ne l'écrit pas \*hésite\* Ben voilà ! On sait qu'on doit faire des efforts sur ça en tout cas.*

E10 : *C'est une messagerie professionnelle commune pour toutes les infirmières. Ce qui pose parfois un problème parce que quand il y a une infirmière qui lit le message, ben le message, il est mis comme lu donc du coup les autres, elles ont pas forcément l'information.*

### **c. Problème de communication interne et de transmissions**

Les personnes interviewées semblaient en effet avoir parfois des difficultés à se communiquer et à se transmettre les informations.

E5 : *Non. Aucune. On n'est pas du tout non, non. On prend des photos qu'on envoie pour dermato, ouais. Par le réseau TELAP, entre autre, qui fonctionne comme ça. Ça on fait \*hésite\* **Mais du coup, dans le réseau TELAP, c'est déjà de la télémédecine...** Ah ben peut-être \*rire\* Comme c'est l'IDEC [Infirmière Diplômée d'Etat de Coordination] qui avait géré les \*hésite\* tout ce qui était mise en place, en fait.*

E6 : *Ouais, je suis arrivée mi-septembre. Donc \*hésite\* donc le fonctionnement de l'établissement, je ne le maîtrise pas encore tout à fait.*

#### **d. Manque d'offres**

Les personnes interviewées ont facilement reconnu qu'ils avaient peu de notion des projets de télémédecine en cours.

E1 : *Moi, je vous dis, à part le TELAP qui marche ici, je sais qu'ils veulent le développer mais sinon y'a pas grand-chose...*

E6 : *Mais après, pour l'instant, il n'y a pas beaucoup de propositions non plus. Il faudrait que ça se développe.*

#### **e. Manque de connaissances et d'informations**

Les personnes interviewées ont finalement avoué ou ont simplement démontré (1<sup>e</sup> citation de l'EHPAD 2) que leurs connaissances dans le domaine de la télémédecine étaient limitées.

E2 : *d'accord, mais il me semblait que la différence entre téléconsultation et téléexpertise relevait plus de la présence ou non du patient d'un côté et du médecin de l'autre... \*rire\* Ah mais non non non ! pas du tout...*

E3 : *Alors \*hésite\* \*souffle\* moi, personnellement, non ! Mais après, c'est parce que je ne connais pas non plus la télémédecine en soit.*

E5 : *Alors, c'est vrai que moi je connais peu en fait.*

### **3. Peurs et représentations**

#### **a. Manque d'intérêt**

Les personnes interviewées ont parfois exprimé peu d'intérêt ressenti pour la télémédecine en général.

E3 : *[à propos de la télémédecine en règle générale] Pas le temps, pas la nécessité aussi !*

E5 : *Comme c'est l'IDEC qui avait géré les \*hésite\* tout ce qui était mise en place, en fait.*

## **b. Sentiments de solitude**

Ils ont, en revanche, souvent exprimé des difficultés ressenties par rapport à la fausse image que les autres se font des EHPAD et par rapport à un sentiment d'abandon des pouvoirs publics et autres instances.

E1 : *je pense, de toute façon, le temps que ça se développe, je ne sais pas s'il y a vraiment un souhait de l'ARS [Agence Régionale de Santé] et puis des politiques ça va peut-être se faire mais bon.*

E8 : *Et puis peut-être aussi, on a, euh... rajouter là-dessus le fait que comme on est structure EHPAD, ils pensent que, euh... voilà ! Il y a un médecin co, euh... il y a des infirmières, il y a des aides-soignantes, euh... donc, euh... ça peut, euh... euh... ça peut, ça peut se gérer tout seul... (Hum hum) Mais on est pas des services hospitaliers, on n'est pas des SSR [Soins de Suite et de Réadaptation], on a pas d'infirmière la nuit, donc euh... il faut, euh... ça manque de culture...*

## **c. Peur du changement**

Ils reconnaissent également que la télémédecine, comme tout changement, engendre une réserve de par la nouveauté d'un tel outil.

E3 : *Après, je pense que voilà ! la télémédecine pour le renouvellement ou pour les visites habituelles des médecins \*hésite\* je ne suis pas sûre que la génération est déjà prête à ça \*hésite\* La génération de nos résidents \*hésite\* Après, je pense que nous ce sera encore différent, peut-être... Et encore... Pas sûre \*hésite\* Je pense qu'on va revenir aux anciennes valeurs \*rire\* on va revenir au médecin de campagne...*

## **d. Peur de déshumanisation**

Les personnes interviewées ont systématiquement exprimé souvent une peur de perdre le côté humain du soin en utilisant la télémédecine.

E3 : *Finally, on ne voit plus quoi ! Donc c'est pour ça que je suis un peu sceptique sur le \*hésite\* sur la télémédecine sachant que voilà !*

E5 : *Les personnes âgées aussi, ils aiment bien voir leur médecin, quoi, en direct.*

E9 : *le contact est important, enfin je trouve. Donc voilà ! c'est difficile de faire par écran interposé.*

E10 : *Parce que voilà ! Dans une société où tout est un petit peu virtuel, à travers des écrans et tout, enfin, je sais pas ! Même en tant que médecin, je pense que c'est bien aussi d'avoir le contact avec, le contact direct avec le patient.*

#### 4. Système

##### a. Lourdeur et complexités des protocoles en place

Les personnes interviewées ont longuement souligné les lourdeurs et les difficultés du système existant.

E2 : *On se fixe des créneaux horaires justement où on fait qu'il y ait un laps de temps, justement pour nous, \*hésite\* suffisant pour pouvoir répondre à la demande. Donc être libérées de tout et justement se libérer ce temps-là. Parce qu'on sent, on sait que c'est des médecins qui vont vouloir \*hésite\* nous interpeller sur tel truc et tel truc donc le temps que les infirmières finissent leurs traitements, etc. Et savent que pendant ce temps-là, elles ne peuvent pas être dérangées parce qu'elles sont en téléconnexion.*

E8 : *Mais \*souffle\* Va falloir des gens formés quand même, hein ! **(Bien sûr)** c'est sûr... \*songeuse\* enfin, voilà !*

E8 : *[à propos du logiciel] Vous voyez ce que je veux dire ? Vous ça vous parle ? **Pas vraiment, mais je crois que j'ai compris...** moi non, pas vraiment mais bon, vous vous avez l'air de comprendre... \*rire nerveux\**

##### b. Système d'évaluations faillible

Certaines personnes interviewées nous ont parlé du Pathos, le système d'évaluation à partir duquel les financements des EHPAD étaient accordés et les difficultés engendrées en cas d'erreur.

E1 : *Et ils ont \*hésite\* ben ils ont plus de médecins comme partout ! Moi je suis médecin coordonnateur mais il n'y en a pas partout, évidemment. Et ils ont fait ça vite avec un médecin, pareil, on a pas fait très attention, donc le Pathos ils ont trouvé ici en 2015, à 115 ! 115, ça correspond à un EHPA [Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées], donc c'est un foyer logement, c'est pas du tout une EHPAD.*

### **c. Manque de coordination et d'aboutissement des projets**

Les personnes interviewées déplorait les difficultés et les désillusions qu'elles avaient déjà rencontrées en ce qui concerne la télémédecine.

E1 : *Il y avait des projets pour les EHPAD mais ça ne s'est pas fait.*

E9 : *Nous, c'était essentiellement de la cardio et que, en fait, le secrétariat de cardiologie [du CHU] et injoignable et que même quand on voit qu'il y a des créneaux de disponible sur le site de la télémédecine, et ben les infirmières n'arrivent pas à joindre le secrétariat pour confirmer le rendez-vous. Donc on n'a pas pu faire une seule consultation de cardiologie encore.*

### **d. Manque de moyens**

Les personnes interviewées ont relevé le fait qu'elles devaient souvent travailler avec peu de moyens.

E1 : *Mais là, effectivement, nous on est limités par le matériel*

E8 : *Moi, je trouve que, euh, ils sont pleins de bonne volonté, il s'avère que nous, on a un outil vraiment pourri...*

### **e. Recherche de rentabilité**

Ils ont souvent souligné la politique de rentabilité imposée par la direction.

E1 : *ils sont venus plusieurs fois et eux ils veulent perdre un minimum d'exploitation parce qu'évidemment en travaux, on va être obligés de mobiliser... de geler quelques chambres*

E3 : *Je pense qu'il y a aussi des histoires de coût ! S'il y a des installations à faire \*hésite\* Enfin voilà ! Nous ici, c'est un EHPAD à but lucratif, hein, à la base donc...*

E9 : *Après, ça va être compliqué de pérenniser ça à budget constant quoi ! Enfin, de demander aux EHPAD qui sont déjà pas très argentés de \*hésite\* de développer de la télémédecine s'ils ne donnent pas d'argent en plus, c'est compliqué ! Donc voilà !*

#### **f. Manque de personnel**

Les personnes interviewées ont souvent exprimé un mal-être dû au manque de personnel soignant dans leurs EHPAD.

E1 : *les familles finalement ne sont pas très présentes. \*hésite\* Ils nous demandent de nous débrouiller, sachant qu'on ne peut pas envoyer... employer une aide-soignante, une AVS [Auxiliaire de Vie Sociale] ou \*hésite\* à l'hôpital, on est déjà en flux tendu, on n'est pas tant de personne que ça donc voilà, c'est un peu difficile.*

E2 : *Parce que là, c'est pas évident, la nuit vous avez une aide-soignante et soit une AVS soit une AMP [Aide Médico-Psychologique], \*hésite\* c'est pour ça, c'est pas évident.*

#### **g. Surcharge de travail**

Les personnes interviewées ont très souvent relevé les difficultés rencontrées au quotidien pour assurer la charge de travail dans des délais raisonnables.

E3 : [à propos de la télémédecine en règle générale] *Pas le temps, pas la nécessité aussi !*

E5 : *C'est compliqué de toute façon. Je crois que tous les EHPAD courent après le temps, hein !*

E6 : *Ben, ça dépend de la fréquence, c'est toujours pareil. Enfin, voilà ! après ça devient... Faudrait je pense aménager le \*hésite\* le temps consacré.*

## **IV. Discussion**

Si nous résumons les résultats obtenus, nous avons donc trois axes principaux. Tout d'abord, la démographie médicale avec le constat fait par les personnes rencontrées que les médecins généralistes de la région de Caen-la-mer sont trop peu nombreux et trop surchargés de travail pour répondre à toutes les demandes des EHPAD et des centres hospitaliers où ils préfèrent limiter les passages de leurs résidents. Le tout restant, selon eux, de l'ordre des difficultés rencontrées par la population générale.

Dans un second temps, nous avons pu recueillir de la part des professionnels interviewés leur ressenti positif par rapport à leur propre expérience de la télémédecine. Ils nous ont souligné l'aide que l'outil leur apporte en termes d'accès aux soins, le confort pour les patients qu'il représente et les bénéfices obtenus au niveau des transports et du temps notamment.

Enfin, ils nous ont parlé des difficultés qu'ils rencontraient par rapport à l'outil en lui-même. Déjà, des problèmes de connexion et de matériels insuffisamment performant. Ensuite des problèmes de communication avec des difficultés de formation à la télémédecine et des soucis de connaissance tant des projets hors de l'établissement que des protocoles en place chez eux. Par ailleurs, ils ont également exprimé des peurs, des réticences et des difficultés liées à la complexité du système avec une recherche de rentabilité constante.

Revenons plus en détails sur ces éléments et sur le contenu de ce travail.

### **A. Les forces**

Tout d'abord, plusieurs forces se remarquent dans cette étude.

L'originalité du sujet réside sur le fait qu'il y a eu plusieurs thèses sur la télémédecine, quelques écrits sur la télémédecine dans les EHPAD, mais nous n'avons pas retrouvé d'autres travaux portant sur le développement de la télémédecine rapportée à la démographie médicale. Cet élément nous a incité à plutôt réaliser une thèse qualitative afin de faire ressortir les premières expériences, les avantages obtenus et les freins au développement de la télémédecine identifiés par les professionnels ayant déjà utilisé cet outil.

Au niveau de la méthodologie, le fait que les entretiens soient faits sous forme d'entretiens semi-dirigés permet une ouverture au dialogue et laisse la place pour faire émerger de nouvelles idées, mais aussi de discuter des différents thèmes suspectés.

Du point de vue technique, les entretiens ont été enregistrés avec un enregistrement audio de qualité, permettant une meilleure fidélité de retranscription.

De plus, il y a une équité et une reproductivité entre chaque entretien car il y a eu chaque fois un seul enquêteur et un seul rédacteur pour les 10 entretiens enregistrés. Associé à cela, les entretiens ont bénéficié d'une triangulation des données, c'est-à-dire qu'une double lecture a été réalisée par un investigateur n'ayant pas du tout participé à l'étude par ailleurs afin d'analyser au mieux le corpus de texte.

Le fait d'avoir choisi de mener les entretiens malgré le refus de l'enregistrement audio a permis de dégager également des thèmes en prises de notes. Ainsi, sans pouvoir être utilisés dans les résultats finaux, ces idées ont pu être intégrées pour agrémenter le guide d'entretien pour les rencontres suivantes.

Dans l'étude qualitative, la représentativité de la population est un atout. Cet élément a été préservé du fait de l'hétérogénéité du panel d'EHPAD sélectionnés en termes de taille, de présence ou non de médecin coordonnateur et de dispersion à l'intérieur et autour de la ville de Caen. Le territoire choisi était limité géographiquement, mais il a tout de même permis de voir les freins et les avantages de la télémédecine au niveau local.

Lors des entretiens, le fait d'avoir une largesse au niveau temps accordé (une demi-heure prévue par les personnes interviewées pour des entretiens n'ayant jamais dépassés les 21 minutes) a permis des entretiens riches et de bonne qualité. De plus, un climat de confiance s'est rapidement établi entre l'enquêteur et la ou les personne(s) interrogée(s).

## **B. Les limites**

Ce travail contient également des biais. Notamment un probable biais de recrutement. En effet, les EHPAD ayant été présélectionnés pour avoir déjà été en contact avec le réseau TELAP Télémédecine Appliquée aux Plaies (TELAP), il y a eu une exclusion des EHPAD non choisis à partir de la liste fournie par le Dr BLANCHERE. Ainsi, et même si la représentativité n'est pas le but de ce type d'étude, on peut se demander si ce critère de sélection (le fait de déjà travailler avec le réseau TELAP) ne modifie pas les résultats de l'étude.

On retrouve également un biais d'influence car, comme lorsque nous présentions notre travail, nous parlions de télémédecine, les personnes interviewées semblaient partir du principe que nous étions pour son développement. Certains, parmi ceux qui ont refusé l'enregistrement, ont même demandé si l'on avait des choses à leur proposer pour leur pratique quotidienne. Et ainsi, on a ressenti que lorsqu'on abordait le thème de la démographie médicale, certaines personnes interviewées semblaient désarçonnées par cette recontextualisation pourtant essentielle à notre travail.

On retrouve aussi un biais dans les cibles que nous cherchions à avoir en entretien. En effet, spontanément, lors de la présentation téléphonique, les personnes qui répondaient, secrétaires, infirmier ou aide-soignant, ne retenaient que le « statut » d'interne en médecine de la personne qui allait mener les entretiens et nous passaient spontanément le médecin coordonnateur quand il y en avait un. Or, la plupart des entretiens que l'on a eu avec ces médecins se concluaient souvent par le même genre de constat : la télémédecine dans l'EHPAD était maîtrisée uniquement pour les infirmières.

*E5 : "Mais c'est les infirmières qui font ça..."*

Au final, nous avons eu 3 types d'entretiens :

- Une partie avec uniquement des médecins coordonnateurs,
- Une autre avec uniquement des infirmières de coordination
- Quelques-uns avec les deux personnes en même temps.

Après analyse des retranscriptions, il s'avère que les médecins coordonnateurs avaient moins de connaissance sur le sujet que les infirmières. Ce qui peut probablement s'expliquer par le fait que tous les médecins coordonnateurs rencontrés avaient d'autres activités en plus de leur coordination de l'EHPAD : soit une activité de coordination dans un autre établissement, soit une activité libérale de médecine générale.

Au contraire, les infirmières de coordination rencontrées effectuaient toutes cette tâche à temps-plein, ce qui rendait la connaissance de la télémédecine beaucoup plus importante dans leur prérequis de base. Et d'autre part, en étant infirmière de formation initiale, elles ont probablement un rapport privilégié avec les autres infirmières de l'EHPAD que les médecins coordonnateurs n'ont pas.

Dans le 3<sup>e</sup> cas de figure, le fait d'avoir en entretien et l'infirmière de coordination et le médecin coordonnateur permettait d'avoir une certaine exhaustivité des idées qui ressortaient. Les échanges étaient plus fluides plus rapidement, certainement du fait que ces deux personnes avaient déjà l'habitude de travailler ensemble et les interventions de l'une ou l'autre des personnes interviewées étaient plus claires. Malheureusement, il ne s'agit que d'une minorité des entretiens.

De ce fait, nous pensons que nos entretiens auraient été valorisés si on ne les avait fait qu'en priorisant la présence des Infirmier Diplômé d'Etat de Coordination (IDEC).

Nous devons également souligner le fait que la directrice de thèse a changé au cours de l'étude. En effet, nous avons commencé ce travail avec le Pr DOMPMARTIN, connue dans la région notamment pour son implication avec le réseau TELAP. Il s'est rapidement avéré que nous n'avions pas la même idéologie concernant ce travail. Elle aurait souhaité que nous fassions une étude sur le travail de TELAP dans les EHPAD et la façon de le développer en identifiant les freins à son développement. Après étude de la littérature, il s'est avéré que ce genre de travail sur la télémédecine avait déjà été fait à maintes reprises par le passé (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38). Il nous semblait plus pertinent de nous concentrer sur un aspect plus novateur des études sur la télémédecine : l'impact de cet outil sur la démographie médicale. Le Pr DOMPMARTIN a donc proposé de plutôt prendre la présidence de mon jury et le Dr SCOUARNEC-MEREL, ayant suivi l'avancée des entretiens jusqu'à ce moment-là, a repris la direction. Finalement, au vu des résultats, il a semblé plus pertinent de choisir une personne plus neutre pour présider le jury.

Nous avons également été confronté à un autre type d'évènement inattendu : lors du quatrième entretien enregistré, il s'est avéré que le médecin coordonnateur rencontré avait récupéré une partie du travail préparatoire de cette étude et connaissait donc les thèmes que nous devions aborder. S'intéressant beaucoup à tout ce qui touche la télémédecine, cette personne avait eu vent de ce projet de thèse et avait récupéré les hypothèses de départ et la version initiale de notre guide d'entretien, cette personne pensait donc connaître les questions que l'on se posait.

Néanmoins, du fait de sa lecture préalable des hypothèses de travail, cette personne n'a, à aucun moment, cherché à faire émerger de nouvelles idées. Au contraire, ses réponses étaient courtes et ce médecin se limitait seule par des réponses de type "*Mais, ça, vous allez poser la question après*".

C'est pourquoi il a été décidé de ne pas tenir compte de cet entretien dans nos résultats et leur analyse afin d'améliorer la validité interne de tout le travail.

On peut aussi évoquer le fait qu'il s'agissait du premier travail de ce type de la chercheuse, il y avait donc un manque d'expérience dans la pratique de l'entretien et de l'analyse des résultats. On peut certainement le souligner dans les limites de cette étude.

Il y a enfin un probable biais d'influence dans la façon dont les entretiens ont été menés, et possiblement un côté trop directif au moins dans les premiers entretiens réalisés. De plus, l'un des médecins coordonnateurs rencontrés était en possession du guide d'entretien initial.

Enfin, il faut pondérer les résultats du fait que l'on ait choisi de mener les entretiens malgré le refus d'enregistrement de 4 des EHPAD. En effet, dans les premiers entretiens, et malgré quelques tentatives de négociation, les enregistrements audios nous ont été refusé quatre fois, une fois car le médecin rencontré était farouchement opposé à tout ce qui touche de près ou de loin à la télémédecine et les 3 autres fois, les personnes rencontrées n'ont pas souhaité se justifier.

A chaque fois, la décision de mener malgré tous les entretiens a été prise, sous couvert de s'astreindre à prendre des notes manuscrites. Directement après ces entretiens non enregistrés, il a été décidé d'utiliser les notes prises pour réadapter immédiatement le guide d'entretien, le délai étant imposé pour limiter au maximum le biais de mémorisation. Les résultats alors obtenus n'ont donc pas eu besoin d'être utilisés car ils sont spontanément revenus dans les discussions suivantes.

Ces notes manuscrites prises au cours de ces 4 entretiens ont donc permis de faire évoluer le guide d'entretien si de nouveaux thèmes apparaissaient. Il faut bien prendre en compte ce point car, théoriquement, il n'aurait pas été surprenant que ces 4 entretiens soient complètement exclus du travail.

### **C. Exploitation des résultats et comparaison avec la littérature**

Depuis 2009, dans le rapport Labordes (40), il était préconisé d'intégrer la télémédecine dans le cahier des charges des EHPAD. A partir de ce jour, des travaux ont commencé à émerger sur le sujet, mais peu d'études ont été publiées (41,42,43,44).

Parmi ces autres travaux, on retrouve plusieurs études qui ont traité de la télémédecine dans les EHPAD. La plupart ont cherché à se focaliser sur l'utilisation de la télémédecine dans un domaine bien spécifique. L'idée étant souvent de savoir si oui ou non la télémédecine étant efficiente dans telle problématique rencontré par les résidents des EHPAD.

#### **1. Télémédecine et soins palliatifs**

C'est ainsi que l'on retrouve deux études sur l'intérêt de la télémédecine dans les soins palliatifs :

- L'étude de Mme GILBERT M. (39), qui est une étude descriptive transversale sur le développement du projet Télépallia dans la région de Valenciennes. Ce travail répond à un appel lancé par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP). Il fait apparaître que Télépallia serait une avancée dans la prise en charge palliative en EHPAD. Elle met néanmoins en évidence un risque de mise en place trop précoce des soins palliatifs. Elle souligne également deux des freins retrouvés dans notre propre étude : l'insuffisance de formation à l'outil et le manque de communication avec les différents interlocuteurs.
- Une revue de la littérature menée par M GUION V. (22) sur l'usage de la télémédecine pour les soins palliatifs dans les EHPAD. A l'époque, en 2014, il avait mis en évidence, principalement dans des études américaines que la télémédecine pouvait apporter un réel bénéfice. Notamment, comme nous l'avons aussi trouvé dans nos résultats, le fait d'avoir des téléexpertises ou des téléconsultations chez des patients palliatifs amélioreraient leur qualité de vie en limitant le nombre de passage à l'hôpital. Ce qui posait souci à l'époque était le manque de reconnaissance de la procédure en termes de rémunération de l'acte de télémédecine.

## **2. Télémedecine et dermatologie**

Un autre domaine où l'utilisation de la télémedecine est très largement répandue est la dermatologie. En effet, tout le monde connaît la procédure de télémedecine dite "dégradée" consistant à prendre une photo d'une lésion cutanée avec un smartphone et à l'envoyer à un dermatologue de notre connaissance. C'est d'ailleurs une des "mauvaises habitudes" que les professionnels rencontrés pour l'étude reconnaissent facilement.

Néanmoins, il existe bon nombre de protocoles de télémedecine dédiés à la dermatologie dans les EHPAD. On retrouve deux travaux dans ce sens :

- L'étude qualitative de Mme ALIBERT E. (23) auprès d'infirmier(e)s travaillant dans des EHPAD des Hautes-Alpes et concernant les prises en charge de pathologies dermatologiques. Elle a montré une amélioration ressentie de la prise en charge des patients.
- L'étude prospective et observationnelle de Mme HAUTENEUVE M. (24). Elle concernait des téléconsultations de plaies chroniques. Ses résultats disaient que la télémedecine avait diminué les coûts des pansements et amélioré la qualité de vie des résidents (meilleure évolution des plaies, moins de douleurs, matériels plus adaptés pour la prévention d'escarres car dépistage précoce...)

Leurs résultats vont dans le sens de ceux que l'on a obtenu : si on a un protocole qui fonctionne bien, la prise en charge dermatologique des résidents d'EHPAD est améliorée.

## **3. Télémedecine et géro-psycho-geriatrie**

Un autre domaine qui pose souvent question dans les EHPAD est la géro-psycho-geriatrie. En effet, les démences et les troubles du comportement sont monnaies courantes dans ces EHPAD.

On retrouve sur ce sujet trois études qui ont été menées sur la question, dont les résultats sont plus mitigés :

- C'est là que nous retrouvons l'autre travail caennais de M. ISORNI JB. (25) sur quatre EHPAD de la région de Falaise. Cette étude ne parlait pas uniquement de télémedecine mais plutôt des besoins de ces quatre EHPAD en termes de géro-psycho-geriatrie. Dans sa conclusion, M. ISORNI relève que ces besoins sont très importants, résultats que nous retrouvons également dans notre propre étude. Il présente également la télémedecine comme une solution mais nous n'avons pas retrouvé de travail portant sur l'efficacité des téléconsultations de géro-psycho-geriatrie dans les EHPAD de la région de Falaise.
- L'étude descriptive rétrospective de Mme ETCHART E. (26). Ce travail s'intéressait à des téléconsultations de géro-psycho-geriatrie de patients déments vivant en EHPAD. La conclusion de l'étude a été que 82% des téléconsultations, au cours d'une rétrospection

sur une durée d'un an, ont abouti à des stratégies thérapeutiques adaptées et personnalisées.

Ce qui rejoint les résultats que nous avons obtenu encore une fois sur l'efficacité des protocoles qui sont bien pensés et opérationnels.

- Et enfin l'étude rétrospective observationnelle de M. DEMOUSTIER-TAMPERE D. (27) sur le programme "TELEHEPADIA" de Valenciennes. Dans ce programme, les résidents d'EHPAD bénéficiaient de téléconsultation aboutissant à des recommandations thérapeutiques médicamenteuses à l'attention des médecins traitants. Ces derniers étaient par la suite interrogés sur le fait qu'ils suivaient ces recommandations ou non. Ce travail a démontré que le programme était insuffisant en l'état. En effet, les procédures semblaient trop complexes et la communication entre les différents interlocuteurs étaient insuffisantes.

Cette étude a retrouvé un point récurrent dans le travail que l'on a mené : l'importance de la communication entre les interlocuteurs. La télémédecine reste un acte qui se fait, paradoxalement, à plusieurs.

#### **4. Télémédecine et amélioration de la prise en charge médicale générale**

Finalement, la télémédecine a pour but de permettre une meilleure prise en charge des patients qui en bénéficient. Nous pouvons citer deux travaux qui vont dans ce sens : rechercher l'efficacité de la télémédecine pour certaines prises en charge de résidents d'EHPAD.

- L'étude qualitative de Mme LEGENDRE C. (28) qui revenait sur des expérimentations de télé-expertise en dermatologie et en géronto-psychiatrie pour 6 EHPAD de la région Franche-Comté. Les résultats de ce travail ont été que l'expérimentation était concluante et démontrait que la télémédecine améliorait l'accès aux soins spécialisés pour les résidents en question.
- L'étude de suivi prospective de M. INDABRURU I. (35) qui a étudié le suivi d'une pathologie appelée l'Hypertonie Déformante Acquise (HDA) des résidents de 6 EHPAD de la région Aquitaine. Il s'agissait d'analyser les résultats des téléconsultations par rapport aux consultations en présentielles pour ces patients. Les résultats de l'étude ont été que la téléconsultation est une alternative fiable pour le suivi de HDA des personnes âgées vivant en institution avec l'avantage d'une prise en charge plus rapide.

Ces résultats, encore une fois, confortent ceux déjà obtenus et cités ci-dessus, à savoir l'amélioration et la pertinence de la télémédecine quand des protocoles adéquats et adaptés sont mis en place.

## 5. Télémédecine et hospitalisation

Ce qui est aussi notable dans les résultats d'autres études menées sur la télémédecine dans les EHPAD, c'est le rapport particulier que les professionnels de ces EHPAD ont avec le système hospitalier et avec la possibilité d'y envoyer leurs résidents. On le sait, les personnes âgées sont, de base, une population fragile. Il est à noter que les personnes âgées dépendantes, donc celles vivant en EHPAD, ont des facteurs de risques d'autant plus importants. La réticence à l'hospitalisation de ce type de population réside principalement dans le fait que l'on sait qu'il existe de fortes probabilités de décompensation des fragilités sous-jacentes de ce type de patients.

Deux études ont soulevé l'impact que peut avoir la télémédecine sur les hospitalisations des résidents des EHPAD :

- L'étude observationnelle de 2012, signée de SCHAAN K. (29), portait sur la télécardiologie. Il s'agissait d'un travail portant sur des patients résidents en EHPAD ou bénéficiant de soins à la personne âgée qui auraient été envoyés aux urgences pour divers symptômes nécessitant la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG), durant 17 mois, dans la région du Languedoc-Roussillon. Ces patients avaient leur ECG qui était télétransmis à des cardiologues du réseau et ces derniers indiquaient s'il y avait une réelle indication à aller aux urgences ou si une consultation avec un cardiologue à distance de l'évènement devait être prévue. Les résultats ont été que seuls 3.03% des patients ont réellement dû être admis dans un service d'urgences et 3.78% ont bénéficié d'une consultation cardiologique.
- L'étude descriptive rétrospective de Mme TROUDET P. (30) se concentrait sur des personnes âgées de 11 EHPAD ayant bénéficié de téléconsultation de gériatrie entre mai 2012 et août 2015. Il est à noter que les médecins traitants de ces résidents prévoient de faire hospitaliser ces patients pour des explorations au moment de leur inclusion. Les résultats de l'étude ont démontré que 83,3% de ces patients ont pu éviter l'hospitalisation grâce au bénéfice de leur téléconsultation de gériatrie.

Ces résultats sont d'autant plus intéressants que lors de notre travail, on a retrouvé énormément de professionnels qui redoutaient le passage aux urgences de leurs résidents. La télémédecine, via la téléexpertise d'un électrocardiogramme ou via la téléconsultation d'un gériatre, serait donc un bon moyen de faire le tri avant envoi aux urgences ou à l'hôpital. Cet outil pourrait permettre une alternative à la régulation médicale, du moins partiellement, si on le développait dans ce but. On pourrait aussi voir là une façon de désengorger un tant soit peu les services d'accueil des urgences de nos centres hospitaliers.

## **6. Télémédecine et satisfaction des médecins traitants**

Un autre aspect de la télémédecine exploré dans la littérature est la satisfaction des médecins traitants. Cela peut paraître superflu mais le rôle des médecins traitants des patients et surtout leur adhésion dans la télémédecine est essentielle. En effet, la plupart des actes de télémédecine sont conditionnés par une démarche d'inclusion de leurs patients par les généralistes. Si on prend l'exemple de TELAP, réseau sur lequel se base en partie ce travail, il faut bien savoir que tous les résidents des EHPAD où des entretiens se sont déroulés ont eu l'inclusion de leur médecin traitant dans le système à un moment du processus. C'est souvent dans les documents d'entrée dans l'EHPAD une simple autorisation d'interpeller le réseau TELAP si le résident souffrait de plaie chronique ou d'escarre durant son séjour dans l'EHPAD. Mais il faut savoir que cela existe.

Les travaux retrouvés sur cette satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de la télémédecine sont au nombre de quatre :

- Deux études parisiennes : l'étude descriptive rétrospective de Mme MARIE-NELLY N. (31) sur l'apport de la télémédecine en soins primaires en 2017 et l'enquête de satisfaction face à la prise en charge en téléconsultation des résidents d'EHPAD dans le cadre de troubles du comportement, menée par Mme RIOU E. (32) en 2017.
- Deux études aquitaines : l'enquête de satisfaction de M. DURIMEL Y. (33) réalisée en 2014 sur le ressenti des patients et des soignants par rapport à la téléconsultation pour les plaies et les escarres et l'étude transversale semi-quantitative de satisfaction des généralistes par rapport au programme "Télémédecine en EHPAD" en Gironde réalisée en 2016 par Mme HAW-SHING L. (34).

Ces différents travaux arrivent tous à la conclusion que les médecins généralistes sont majoritairement satisfaits ou très satisfaits de l'usage de la télémédecine pour leurs patients en EHPAD, notamment en ce qui concerne les délais d'obtention des avis, pour les propositions médicamenteuses qui en découlent, pour la prise en charge en règle générale et pour l'amélioration de la communication entre professionnels dont ils ont pu faire ainsi l'expérience. Ce constat est également revenu régulièrement dans nos propres résultats : les professionnels sont satisfaits de leur expérience avec la télémédecine et de toutes les facilités qu'ils offrent aux patients.

## **7. Études avant mise en place de la télémédecine**

On peut également relever deux travaux un peu plus anciens, datant tous deux de 2014, qui se concentraient plutôt sur la mise en place et la faisabilité de projets de télémédecine. Il faut bien noter qu'en 2014, la télémédecine commençait à vraiment prendre de l'ampleur mais les réticences restaient nombreuses.

- L'étude descriptive prospective de Mme CERVERA C. (36) s'est intéressée à la mise en place de la télémédecine dans le Bassin de Muret. Les résultats ont été de démontrer qu'il était possible d'implanter de la télémédecine dans cette région. Ils ont également démontré les avantages médicaux et économiques de ces programmes. Les principaux freins rapportés étaient alors un manque de reconnaissance de la télémédecine dans la classification des actes médicaux.
- L'étude qualitative de Mme CHAMARET S. (37) étudiait le pré-déploiement des téléconsultations dans les EHPAD de la région Centre. Son travail a montré que les professionnels attendaient beaucoup de cet outil pour leurs patients. Elle relevait aussi de nombreux freins à l'acceptabilité du projet : un projet médical mal défini, un cadre organisationnel mal posé, un accompagnement insuffisant et des doutes sur la rémunération de ces actes, sur le temps nécessaire, sur les différentes responsabilités...

Ce qui est intéressant à relever dans ces deux études, c'est que depuis 2014, les professionnels qui ont tenté l'expérience ne semblaient pas avoir de réels doutes sur l'outil de télémédecine mais sur le système de santé dans lequel il allait s'installer.

En effet, dans les résultats de ce travail, on retrouve également ce problème de lourdeur et de complexités du Système actuel qui ne facilite pas ce genre de projet. Pourtant, de nombreux intervenants s'accordent pour qualifier la télémédecine de pertinent. Le réseau TELAP, depuis octobre 2012, est un des meilleurs exemples normands. C'était d'ailleurs, dès son origine, une véritable référence dans le domaine qui n'a cessé de monter en puissance jusqu'en octobre 2015. Aujourd'hui encore, ce réseau est toujours un incontournable dans l'histoire de la télémédecine Bas-normande.

Par rapport au problème de valorisation des actes de télémédecine, ce n'est que très récemment que des évolutions sont apparues. On note ainsi que c'est dans la Convention Nationale organisant les rapports entre les Médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 (45) qui a institutionnalisé l'engagement des partenaires conventionnels à *"mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de cet acte afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31 décembre 2016."*

Il faudra tout de même attendre l'arrêté du 1<sup>e</sup> août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 (46) pour qu'apparaisse réellement une notion de rémunération de l'acte de télémédecine.

## **8. Télémédecine et bénéfices économiques**

Finalement, la dernière étude que nous allons citer à chercher à avoir une approche plus originale :

- C'est l'analyse de Mme HERICHER-MARTINS J. (38). Son travail a consisté de mener 4 études en parallèle : une sur le coût de la prise en charge des plaies au CHU d'Angers, une sur le coût des prescriptions médicales de transport, une pour évaluer les besoins du CHU d'Angers concernant la prise en charge de ces plaies et une évaluation des besoins des EHPAD. Les résultats ont été que la télémédecine, dans la prise en charge des plaies, fait faire des économies. Elle coûte moins cher en transports médicalisés et elle diminue le temps d'hospitalisation car les services ont la certitude que la prise en charge sera optimale une fois le patient de retour en EHPAD, le tout en répondant aux besoins croissants en dermatologie à Angers.

Cette étude date de 2015 et a déjà démontré à l'époque deux des résultats obtenus dans ce travail : la télémédecine évite les transports de patients fragiles et la télémédecine limite les hospitalisations à risque pour ces mêmes patients.

## **D. Analyse des thèmes**

Dans les différents entretiens, le principal retour que l'on retrouve est une grande volonté des différents professionnels à vouloir apporter les meilleurs soins possibles pour les résidents de leurs différents EHPAD.

### **1. Résultats inattendus**

Parmi les éléments notables de ce travail, on peut souligner le fait que sont apparus ce qu'on appelle des résultats inattendus. En effet, parmi les hypothèses de départ, certaines ont été entièrement réfutées par les résultats obtenus.

#### **a. Manque de connaissance de l'outil déjà utilisé**

Pour comprendre ce point, il est important de bien distinguer les deux catégories de professionnels avec qui on a mené les entretiens.

Tout d'abord, il y a les médecins coordonnateurs d'EHPAD que nous avons rencontrés. Ces derniers reconnaissent assez facilement ne pas maîtriser parfaitement les outils. Ils savaient

pour la plupart que de la télémédecine étaient pratiquée dans l'établissement, ils savaient quels étaient les motifs de recours à l'outil. Mais leurs connaissances s'arrêtaient souvent à là. La suite de l'entretien aboutissant souvent à : "*mais ce sont les infirmières qui gèrent ça*" (EHPAD 1, 3, 5 et 7). Ce point n'est pas forcément dérangeant, mais il est interpellant quand on a l'autre versant.

En effet, de l'autre côté, j'ai rencontré plusieurs infirmières de coordination. Ces dernières étaient en effet plus à même de parler de leurs protocoles mais certaines ne maîtrisaient pas réellement la télémédecine. Et si on revient sur un échange notable dans l'EHPAD 2 :

- *La téléconsultation me semble plus importante. C'est du quotidien, la téléexpertise, après, c'est plus pointu. Donc, nous on a vraiment besoin d'un aiguillage à un moment donné T où on se dit ben voilà, on est dans une impasse et comment faire et donc là, c'est vraiment de la téléconsultation qu'on veut.*

- ***D'accord, mais il me semblait que la différence entre téléconsultation et téléexpertise relevait plus de la présence ou non du patient d'un côté avec le médecin de l'autre.***

- *\*rire\* Ah mais non non non ! pas du tout... (E2)*

Sans insister plus que cela sur le sujet, il est alors apparu clairement que la connaissance de la télémédecine était très liée au réseau TELAP, dans la plupart des EHPAD visités pour ce travail du moins. Les gens se contentent de ce qu'on leur propose et se construisent des images à partir de cela. Probablement parce qu'ils ne voient pas l'utilité de chercher plus loin, mais ce n'est qu'une hypothèse que l'on formule ici.

## **b. Réticences des professionnels utilisant déjà l'outil**

C'est probablement le point le plus étonnant.

Si on repart des choix des EHPAD, ils avaient été sélectionnés pour leur collaboration avec TELAP. Cet élément devait justement, en toute logique, éliminer les réticences que certains professionnels présentent face à la télémédecine en générale. Il s'est avéré qu'il n'en était rien. En effet, l'un des résultats qui ressort de l'analyse est de nombreuses réticences et peurs face à la télémédecine. On peut constater que tous les EHPAD ont relevé principalement une peur de déshumanisation des soins si on développait ce type d'outils.

Ces craintes sont principalement liées au manque de connaissances, encore une fois. Mais dans ce cas, il semble y avoir un énorme souci de communication autour de l'ensemble de l'outil. L'exemple qui le plus marquant à ce propos nous vient de l'EHPAD 5 :

- ***Mais du coup, dans le réseau TELAP, c'est déjà de la télémédecine...***

- *Ah ben peut-être \*rire\* Comme c'est l'IDEC qui avait géré les \*hésite\* tout ce qui était mise en place, en fait. On a des tablettes de toute façon, on est équipé, on prend en photo et on envoie sur le réseau, c'est ça ! Donc on fait de la télémédecine sans le savoir, comme Monsieur Jourdain \*rire\* (E5)*

L'image du Bourgeois gentilhomme (47) nous semblait vraiment excellente car elle correspond parfaitement à ce que font la plupart des utilisateurs de la télémédecine aujourd'hui : ils ont à la fois l'humilité de demander beaucoup à cet outil mais ne reconnaissent pas forcément leurs lacunes en la matière.

### c. État démographique préoccupant

Un autre résultat inattendu de ce travail a été de voir les difficultés en termes d'accès aux soins. En effet, dans l'introduction, on a vu que les chiffres du nombre de médecins généralistes de la région de Caen sont au-dessus des moyennes nationales. C'est pour éviter ce souci, le manque de médecins accessibles pour les résidents des EHPAD, que l'on s'était limité à la communauté urbaine de Caen.

Malheureusement, force a été de constater que les médecins généralistes installés proche de ces EHPAD rencontrent également de grosses difficultés. Souvent, la charge de travail est très importante et il est difficile pour certains d'intervenir aussi rapidement que nécessaire (en quelques jours) dans les EHPAD. Ce souci est d'autant plus important que la localisation de la Normandie (proche de Paris et proche de la mer) encourage bon nombre de population à migrer, notamment sur la fin de leur vie professionnelle. Autant de retraités qui doivent trouver un nouveau médecin traitant, autant de personnes qui préféreront mettre leur parent dépendant en EHPAD en Normandie, empêchant leur médecin traitant d'origine de pouvoir continuer le suivi et la prise en charge normale.

Ce manque de disponibilité est d'autant plus important que les effectifs de médecins généralistes sont peu importants. Nous restons dans une région où il y a beaucoup de petites communes et où, souvent, un départ à la retraite signifie que les habitudes de vie des populations doivent changer du point de vue médical. Les regroupements sont encouragés par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et sont fréquents, mais chaque mairie souhaiterait que LE pôle de santé de la région soit dans SA ville, ce qui n'est malheureusement pas toujours possible.

Au final, le constat que l'on peut faire est que, même aux abords de Caen, la situation démographique est liée à la localisation géographique : un EHPAD en centre-ville, pouvant bénéficier du recours à SOS Médecins sera moins en difficultés que l'EHPAD de la ville à la limite de l'arrondissement par exemple.

C'est une difficulté que nous avons négligé au départ, même si, selon les dires des professionnels rencontrés, en ce qui concerne l'accès aux soins en EHPAD, "*c'est comme à la maison, on a les mêmes délais et les mêmes problèmes*" (E2).

## **2. Thèmes croisés**

Si on en revient aux différents avis recueillis, les uns et des autres se retrouvent tous sur leur inquiétude face à l'accès aux soins. Personne ne semble très optimiste de ce point de vue-là. Pourtant, les différentes personnes rencontrées sont somme toute très partagés sur la question de la télémédecine. En fait, même ceux qui commençaient en se déclarant soit franchement pour soit franchement contre ont fini à un moment ou à un autre de l'entretien par modérer eux-mêmes leurs propos. Et contrairement à ce qu'il n'y paraît, ça n'est pas un signe d'ambivalence, mais bien une illustration de la complexité du sujet : les gens peuvent être contre le développement à outrance de la télémédecine mais être favorable à une petite aide tant qu'elle reste ponctuelle et pertinente ; ou encore, ils peuvent être pour ce développement mais complètement réfractaires à la perte d'humanité des pratiques.

Revenons donc sur les différents thèmes pour essayer de clarifier tout ça.

### **a. La démographie médicale**

Concernant les médecins généralistes, il arrive souvent que les résidents des EHPAD de la région urbaine de Caen viennent de loin (de la région parisienne notamment ou de plus loin encore) et donc, il arrive que leur médecin traitant ne puisse plus les suivre. Ce qui est d'autant plus problématique que le nombre de médecins généralistes est peu important.

Ce phénomène est amplifié du fait que ces généralistes sont souvent surchargés de travail pour assurer le meilleur service rendu possible à la population caennaise. Et, malheureusement, les visites en EHPAD font partie des facettes de la profession qui sont rapidement relégué au second plan des priorités du quotidien des généralistes, probablement due en partie à une méconnaissance du fonctionnement d'un EHPAD, du moins selon les personnes rencontrées.

Concernant les prises en charge hospitalières, on le sait, les services d'urgences sont très souvent saturés dans la région et les professionnels rencontrés sont méfiants quant à l'intérêt d'y envoyer leurs résidents. Il est en effet facile de comprendre que pour une personne âgée dépendante, parfois démente mais à tous les coups fragiles, passer une nuit sur un brancard aux urgences dans un contexte inconnu donc potentiellement anxiogène est très peu recommandé s'il n'y a pas de réelle indication.

Enfin, il a souvent été fait un parallèle avec les prises en charge des patients ne résidant pas en EHPAD. Les avis qui semblaient ressortir étaient que les difficultés n'étaient pas vraiment différentes. La question de la difficulté pour l'accès aux soins dans la région est la même pour tout type de patient. Notamment du fait de la difficulté d'avoir un ou une secrétaire au téléphone pour prévoir un rendez-vous par exemple, mais nous reviendrons sur ce point plus tard.

Au contraire, dans les EHPAD, les résidents ont peut-être même un avantage sur les autres types de population du fait de côtoyer au quotidien du personnel médical et surtout paramédical qualifié et engagé qui savent comment négocier un avis, une consultation ou une hospitalisation si nécessaire.

Le mot d'ordre est souvent de favoriser la prévention et d'anticiper tout ce qui est prévisible notamment en termes de consultation et d'hospitalisation pour ces patients.

Néanmoins, il serait certainement intéressant de pousser l'étude de la démographie médicale plus loin dans les villes dites de périphérie de l'ancienne Basse-Normandie. Car, parmi les professionnels interviewés, tous ont parlé de leur proximité géographique d'avec Caen qui, au final, rendaient leur ressenti de la démographie médicale préoccupant mais pas catastrophique.

## **b. Avantages de la télémédecine**

### **i. Bénéfices pour les professionnels**

La télémédecine est, selon les résultats de ce travail, plutôt facilement envisagée par les professionnels comme alternative au manque de médecins. Ils évoquent spontanément la dermatologie, rapport avec TELAP avec qui ils collaborent tous, mais aussi par rapport à d'autres spécialités. Ils ont tous bien conscience que la région est pleine crise démographique et se disent prêts pour la plupart à avoir recours à de la télémédecine à la condition qu'on leur propose des projets viables. En effet, aucun n'a pas finalement reconnu au fil de la discussion, que la télémédecine leur avait déjà rendu des services dans leurs pratiques en EHPAD.

Les différents soignants rencontrés attendent simplement que les projets arrivent. Ils sont prêts à entendre les propositions pour certains et demandent à en avoir plus pour d'autres. Mais tous veulent des solutions concrètes avant de devoir juste poser un constat de type : nous n'avons plus de telle spécialité autour de l'établissement.

Ils savent également que les remèdes miracles n'existent pas et ne sont pas dupes quant aux investissements nécessaires. Ils savent qu'avec du matériel performant, les protocoles sont optimisés mais ils préfèrent prendre leur temps avant de demander des dépenses car ils ne veulent prendre de risque ni pour les patients ni pour les EHPAD.

*"Nous ici, c'est un EHPAD à but lucratif, hein, à la base donc \*hésite\* On \*hésite\* C'est \*hésite\* Enfin je dis « on », je ne m'inclus pas forcément dedans mais \*hésite\* c'est-à-dire que voilà ! Je pense que c'est \*hésite\* au niveau direction, enfin haute direction, ils soient prêts à mettre \*hésite\* Enfin à investir dans quelque chose qui n'est pas forcément rentable, où il n'y a pas forcément le besoin ou pas \*hésite\* Parce que TELAP, au final, c'est pareil, finalement c'est de la télémédecine où il y a effectivement des \*hésite\* des... des choses à payer aussi au départ donc ça, il n'y a pas de souci !"*  
(E3)

## ii. Bénéfices directs pour les patients

Parmi les résultats obtenus, les professionnels reconnaissent facilement que la télémédecine apportait de réels bénéfices pour les patients.

Tout d'abord cet outil évite les transports médicalisés. C'est le premier bénéfice évoqué probablement car c'est le plus simple à envisager. On le sait, les bons de transports sont un gouffre financier pour la Sécurité Sociale. La télémédecine, que ce soit par les téléconsultations ou par la téléexpertise, permettrait de facilement faire des économies à ce niveau-là, pour des raisons évidentes. De plus, aménager un ou plusieurs espaces dédiés semble simple à mettre en place dans une structure comme un EHPAD. Et comme il a été démontré à travers plusieurs autres travaux l'efficacité de ces procédés, le bénéfice pour le patient est clair.

Les personnes rencontrées ont également évoqué la rapidité avec laquelle la télémédecine permettait d'obtenir un avis. En effet, pour reprendre l'exemple de la dermatologie, dans la région, on compte en moyenne 5 à 6 mois de délais pour un rendez-vous non urgent. Avec TELAP et son système Domoplaie, les EHPAD arrivent à avoir une réponse en quelques jours. Il est donc normal que les différents professionnels évoquent le gain colossal que cela représente. L'espoir est d'autant plus important que l'EHPAD 9 m'a parlé d'une expérimentation qui est menée entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Bayeux et un certain nombre d'EHPAD de la région. Il était question de proposer un certain nombre de téléconsultations dans plusieurs spécialités médicales. L'EHPAD 9 était ravi des délais proposés :

*"Et en plus, sur le peu de créneaux qu'il y a là, la semaine dernière, il y avait un créneau de cardio dès le lendemain" (E9)*

Il s'est avéré que le projet n'était pas concluant du fait d'un manque de coordination. En effet, selon les personnes interrogées, les EHPAD étaient prêtes mais le projet n'a pas abouti du fait d'un problème au niveau du CHU : il était impossible de prendre des rendez-vous avec les cardiologues participant au projet de téléconsultation par manque de disponibilité du secrétariat.

Enfin, l'autre point qui est beaucoup revenu dans notre étude est le confort pour les patients qui bénéficient de la télémédecine. En effet, nous avons déjà évoqué la fragilité de la population vivant en EHPAD et le potentiel de décompensation entraîné par les hospitalisations ou même les changements d'environnement imposés par de simples consultations. Là, avec la télémédecine, on parle de patients qui resteraient dans leur EHPAD, donc leur établissement, leur environnement de vie habituel. De plus, la télémédecine permet, dans les EHPAD de l'étude, de faire consulter des patients pour lesquels le projet de vie et de soins n'auraient pas été compatibles avec un transport vers un centre hospitalier sans télémédecine. Donc, comme il a été précisé dans l'EHPAD 5 notamment : ce sont des patients qui réintègrent un parcours de soins.

*"Il peut y avoir un intérêt pour les suivis, parce que y'a pas que dermato, je veux dire, on a des petites plaies où c'est bien quand il y a un médecin qui revoit \*hésite\* la plaie, ou des gens qui sont limite en décompensation cardiaque qui soient revus en consultation, pourquoi pas ? Ceux-là pourquoi pas oui." (E5)*

## c. Freins au développement de la télémédecine

### i. Problèmes en rapport avec la technique

Parmi les freins au développement de la télémédecine retrouvés dans cette étude, on note une partie en rapport direct avec les capacités techniques nécessaires. Au premier rang de ces soucis, on note la connexion internet. En effet, et bien que cela puisse sembler étonnant, il est très compliqué d'assurer un réseau internet et une connexion suffisante pour assurer des actes de télémédecine dans des conditions optimales.

Il est très difficile à réaliser que des EHPAD tels que ceux qui ont été visités pour cette étude, qui accueillent donc entre 35 et 180 des seniors de la région de Caen, ont si peu de moyens. La retranscription ne leur fait pas honneur, mais ces équipes font un travail extraordinaire avec du matériel plus que limite.

Nous ne citerons que l'une des personnes qu'on a rencontré dans l'EHPAD 8 :

*- Vous passez, vous partez, vous partez un quart d'heure, euh... Il s'est refermé, vous voulez faire un truc, il faut passer par tout le truc, enfin... \*rire\* Moi, je veux bien, mais bon, il faut imaginer les filles, elles partent faire un soin, ça s'est rebloqué, faut qu'elles, enfin... Elles ont fini, une fois que, une toilette, il faut en refaire une autre, il faut réouvrir tout, enfin... C'est d'une lenteur, euh... C'est d'une lenteur sans nom, quoi ! Vous recevez une famille, l'ouverture du dossier !  
- **Ouais, on en est à 1 minute 30 pour allumer... pour ouvrir le dossier**  
- *Ouais ouais, moi, je trouve que c'est quand même long quoi ! (E8)**

On a mis 1 minute 30 juste pour ouvrir un dossier, pour un EHPAD à 112 résidents. Ils ont informatisé la totalité de leurs dossiers car c'était une demande des instances publiques. Il est évident qu'aujourd'hui, leur matériel est désuet mais ils n'ont pas les moyens de le remplacer. La question qu'ils se posent désormais est double :

Premièrement, on leur demande de rajouter de la télémédecine dans le cahier des charges des EHPAD, mais comment ce genre d'outils va-t-il parvenir à fonctionner sur leur matériel actuel?

Deuxièmement, quand les familles des résidents ont assisté au temps nécessaire rien que pour l'ouverture du dossier de leur parent, comment le personnel peut être crédible en affirmant que la télémédecine est une réelle avancée technique dans les différentes prises en charge de l'EHPAD?

De plus, les professionnels, certainement par manque de temps, font l'aveu d'avoir souvent recours à la facilité : la télémédecine dite "dégradée". Il est vrai que, bien souvent, lorsque l'on se pose une question "simple" telle que "à quoi correspond cette lésion ?" ou "cet ECG est-il pathologique ou juste limite ?" le premier réflexe qu'ont souvent les soignants est de prendre une photo pour l'envoyer à un autre professionnel jugé plus à même de répondre. Pourtant, envoyer une photo d'une plaie ou d'un ECG ne peut être considéré comme de la télémédecine que si la manœuvre est réalisée dans un certain cadre. Il faut, en effet, que le patient est donné son accord, théoriquement écrit, mais surtout que le secret médical soit garanti. Et pour se faire, il faut que le réseau par lequel transite les images soit sécurisé. De ce fait, un MMS ou un mail classique est rarement conforme à ce genre de procédure et donc, bien que la méthode soit répandue, il s'agit

bien souvent de protocole dit “dégradé” et donc ne pouvant être réellement considéré comme de la télémédecine.

## ii. Problèmes en rapport avec la communication

Un autre frein récurrent dans la télémédecine est un souci bien trop répandu dans beaucoup de pratiques modernes : la communication.

En effet, alors même que nos outils de communication ont atteint un niveau de développement impressionnant (on peut désormais envoyer un message en moins d’une seconde à l’autre bout de la terre et avoir la certitude qu’il arrivera à destination) les gens ont du mal à se parler. Et notre étude n’échappe pas à la règle : les professionnels rencontrés avaient parfois du mal à savoir ce que faisaient certains de leurs collègues en termes de télémédecine, alors même qu’ils voyaient ces collègues plusieurs fois par semaine.

*“Mais c’est les infirmières qui font ça... donc je sais pas...” E5*

Ce souci de communication entraîne inévitablement des pertes d’informations sur les différentes pratiques, sur les compétences des uns et des autres et sur ce qu’il est possible de faire dans l’EHPAD tout simplement, dans le cadre de la télémédecine. Certains ignorant même qu’ils en pratiquaient...

Cette perte d’informations est renforcée par un autre souci majeur lors de la mise en place d’outil comme la télémédecine : il n’y a pas de formation de remise à niveau prévue en cas de changement d’équipe. Ainsi, les tout premiers soignants à avoir utilisé l’outil ont été formés puis les informations se sont transmises aussi fidèlement que possible entre collègues. Aussi, on peut s’interroger là encore : d’un côté, on a des outils comme TELAP pour lesquels on a plusieurs années de recul désormais mais peu d’utilisation annuel reconnu par les EHPAD :

*“C’est quand même assez rare qu’on en ait besoin quoi.” E3*

Là, le concept et l’utilisation sont assez simples, il n’y a donc pas de gros souci pour TELAP. En revanche, ce qui était souligné dans l’étude de M. DEMOUSTIER-TAMPERE D. (27) cité précédemment : en télémédecine, les protocoles trop complexes ne fonctionnent pas par manque de communication entre professionnels.

Mais ce problème de communication ne se limite pas à l’intérieur des EHPAD visités. C’est toute la communication autour de la télémédecine qui est à retravailler. Les différents professionnels rencontrés n’avaient que très peu de notion des projets de télémédecine menés ailleurs. Tout le monde a donc l’impression qu’il n’y a rien de fait concrètement. Pourtant, mon travail bibliographique m’a montré que non seulement il y avait foison de projets différents à travers toute la France mais qu’en plus ces projets, pour la plupart, étaient des réussites. Encore une fois, le problème est la mauvaise médiatisation de cet outil. Il est très compliqué, et pourtant nécessaire, de faire comprendre à la population que la télémédecine nécessite deux professionnels de santé et que créer un centre de télémédecine ne va pas tout solutionner d’un coup. Mais comme ce message n’est que très rarement diffusé, ni la population ni les soignants

qui ne s'intéressent pas au sujet ne comprennent en quoi la télémédecine peut aider, et on ne peut que leur donner raison.

Enfin, ce problème de communication en arrive à saborder des projets. Nous parlons notamment d'une grande expérimentation à laquelle devait participer entre autres l'EHPAD 9. Le système consistait à proposer des téléconsultations de plusieurs spécialistes basés au CHU ou à l'hôpital de Bayeux. Mais le projet n'a rien donné car la communication et surtout la synchronisation entre les différents sites n'étaient pas en place.

Professionnel 1 - *Enfin \*hésite\* si ! C'est de l'expérimentation qui a été lancée par l'ARS sur les établissements qui se sont portés volontaires. Donc nous, on en fait partie, c'est pour ça que vous êtes là ! Sauf que, \*hésite\* le CHU derrière, ça marche pas quoi ! Nous on était prêts, au taquet, hyper volontaires, enfin, très contents... Et le CHU ne suit pas, Bayeux ne suit pas non plus.*  
Professionnel 2 - *Ce qui est dommage, c'est que c'est juste un problème de prise de rendez-vous au final, parce que \*hésite\**

Professionnel 1 - *Pour le CHU, oui en tout cas ! Et puis, il n'y a pas tant de créneaux que ça non plus de proposés. Et en plus, sur le peu de créneaux qu'il y a là, la semaine dernière, il y avait un créneau de cardio dès le lendemain [début novembre], donc l'infirmière a essayé de joindre le secrétariat de cardio toute la matinée, impossible de joindre quelqu'un. Prochain créneau, c'est mi-décembre.*  
Professionnel 2 - *Ben voilà ! Des choses comme ça... Et puis, ben, du coup, Bayeux, eux, ils ne sont pas prêts du tout. C'est-à-dire que la logistique derrière, elle n'a pas suivi du tout quoi. Si je peux me permettre. Je suis enregistrée, mais je vous le dis. (E9)*

### **iii. Problèmes en rapport avec les peurs et les appréhensions**

Les différents professionnels rencontrés devaient également slalomer entre plusieurs freins d'incompréhension et de réticences. Tout d'abord, des incompréhensions dont ils sont eux-mêmes victimes : les personnes interviewées nous ont notamment signalé qu'ils rencontraient souvent des soucis liés au manque de connaissance des professionnels soignants hospitaliers notamment. En effet, il n'est pas rare que ces derniers renvoient les résidents en EHPAD pour qu'ils puissent avoir une surveillance infirmière la nuit par exemple. Ils sont alors mis en difficulté quand ils trouvaient l'état d'un patient préoccupant mais que, faute de savoir exactement comment fonctionnent les EHPAD la nuit, ils récupèrent le patient sans réelle avancée. Là, leurs difficultés en termes d'accès aux soins s'en retrouvent directement impactées : ils n'ont pas de personnels pour assurer les soins mais, faute de soignants ailleurs, leurs résidents ne sont pas considérés comme prioritaires. En d'autres termes, les résidents sont envoyés dans les centres hospitaliers. Faute de place dans les hôpitaux, les services d'urgence les renvoient en EHPAD en se disant que, comme ça, ils pourront bénéficier d'une surveillance paramédicale au sein de leur EHPAD. Mais comme les EHPAD n'ont, pour la plupart, pas de personnel infirmier la nuit, nous aboutissons donc à une difficulté de prise en charge, et donc d'accès aux soins dans le cadre de l'urgence notamment. Ce simple fait témoigne bien de l'incompréhension du fonctionnement des EHPAD par une partie des autres professionnels de santé.

Ce sentiment de solitude peut également provenir des pouvoirs publics. Ils ont l'impression qu'on leur demande beaucoup, mais ne sont pas forcément persuadés de l'implication, au du moins de la réactivité de leurs différents interlocuteurs. Ils ont déploré notamment le manque de motivation ressenti pour la question de la télémédecine. Ce point ne peut que renforcer l'ambivalence des soignants rencontrés face à cette question : ils souhaitent développer et mettre en place le meilleur pour leurs résidents mais ils n'arrivent pas à savoir exactement s'ils seront soutenus dans leurs projets.

*"je ne sais pas s'il y a vraiment un souhait de l'ARS et puis des politiques... ça va peut-être se faire, mais bon..." (E1)*

Ensuite, la télémédecine engendre des réticences et des peurs inhérentes à tout type de changement. En effet, le concept de télémédecine tel qu'il se développe aujourd'hui est très jeune rapporté à l'histoire de la médecine. De ce fait, comme tout changement, il y a une part de freins "naturels" qui se mettent en place. De plus, comme la communication sur le sujet, encore une fois, est très fragile, il n'y a que peu de gens qui osent se lancer dans l'aventure, les précurseurs sont rares dans l'histoire de notre profession. Et parmi les professionnels rencontrés, certains ont exprimé librement leurs propres réticences sur le sujet.

*"je ne suis pas sûre que la génération est déjà prête à ça \*hésite\* La génération de nos résidents \*hésite\* Après, je pense que nous ce sera encore différent, peut-être... Et encore... Pas sûre" (E3)*

Enfin, la plus grande crainte, celle qui est revenue dans absolument tous les EHPADs, certes à des degrés différents, est la peur de la déshumanisation des soins si on développe trop l'outil. Les personnes rencontrées étaient tous farouchement attachés au lien médecin-malade qu'ils ont d'ailleurs tous qualifiés d'essentiel. Cette position était d'autant plus franche dès qu'on ne faisait ne serait-ce qu'aborder le sujet du médecin traitant dans la télémédecine. Personne ne semblait prêt à renoncer à l'idée de voir son médecin traitant de temps en temps. Pour tous, le lien entre un généraliste et son patient est une chose très spéciale à laquelle on ne peut toucher qu'avec beaucoup de retenue et de mesure. Et si les plus "tolérants" face à la télémédecine reconnaissent pouvoir accepter un renouvellement d'ordonnance sur deux en téléconsultation, la totalité des avis restait unanime sur la question :

*"Et encore... Pas sûre \*hésite\* Je pense qu'on va revenir aux anciennes valeurs \*rire\* on va revenir au médecin de campagne..." (E3)*

*"C'est vrai qu'après, il y aura pleins de choses qu'on pourra faire par webcam etc. mais à un moment, rien ne remplace l'humain." (E8)*

*"Parce que voilà ! Dans une société où tout est un petit peu virtuel, à travers des écrans et tout, enfin, je sais pas ! Même en tant que médecin, je pense que c'est bien aussi d'avoir le contact avec, le contact direct avec le patient." (E10)*

#### iv. Problèmes en rapport avec le système

Finalement, le principal frein au développement de la télémédecine dans le système de santé, c'est le système lui-même.

En effet, les différents professionnels rencontrés pour mener cette étude nous ont parlé de leur charge de travail toujours plus importante. Ils nous ont fait part de leur difficulté à effectuer leurs tâches dans les délais impartis. Ils ont partagé leur sentiment de solitude quand un départ à la retraite n'était pas remplacé. Ils nous ont également confié que les différents directeurs de tous ces EHPADs avaient, comme chaque direction, des impératifs budgétaires, ce qui poussent tous ces personnes à rechercher la rentabilité maximale avec un investissement de base souvent revu à la baisse.

On nous a expliqué les grandes lignes du système d'évaluation du Pathos, celui à partir duquel sont délivrés les financements de l'ARS pour les EHPAD publics. On a pu voir deux exemples extrêmes pour illustrer ce propos : l'EHPAD 1 et l'EHPAD 7. Si on se permet de comparer ces deux EHPAD l'un avec l'autre, c'est parce qu'ils ont le même médecin coordonnateur qui est à mi-temps sur chacun des sites et que nous l'avons rencontré lors du passage dans chacun des deux EHPAD.

Dans l'EHPAD 1, le Pathos a été sous-évalué, ce qui a abouti à un établissement en sous-effectif. Leurs installations informatiques sont désuètes car il faut faire des économies et l'EHPAD vient d'ailleurs d'être racheté pour une somme presque symbolique par un gros groupe du fait de leur déficit trop important. A l'inverse, l'EHPAD 7 a bénéficié d'un Pathos surestimé. Ils sont donc dans un confort de travail impressionnant, avec des équipes jeunes et dynamiques en surnombre, des locaux flambants neufs et une connexion internet irréprochable.

Ces 2 situations semblent caricaturales mais il s'avère qu'elles sont la conséquence des conditions dans lesquelles les 2 évaluations ont été réalisées. Dans le premier cas, le médecin coordonnateur de l'époque étant surchargé de travail, il a fait de son mieux en un minimum de temps et aurait, selon les dires du médecin coordonnateur actuel, fait "trop vite" :

*"au final du fait du Pathos pas très important qui a été \*hésite\* squeezé par \*hésite\* voilà dans l'urgence, manque de médecins etc. donc il a probablement été sous-évalué donc on est sous-doté ici"* (E1)

Alors que lorsque l'évaluation du Pathos a été faite dans l'EHPAD 7, il y avait une épidémie de gale. De ce fait, quand les experts sont passés, ils ont vu des équipes débordées et beaucoup de résidents allant mal, donc ils ont surévalué le Pathos :

*"on a un Pathos très important, parce quand ils sont passés il y avait une épidémie de gale à l'ouverture. Ça a été chaud"* (E7)

Ce qui est remarquable dans ces deux exemples, c'est de voir les répercussions d'une évaluation qui a duré quelques heures tout au plus et à quel point cet événement a influé sur les conditions de travail de ces deux EHPAD. Cela pose question de voir que, même s'il se repose sur peu de choses, le système ne semble parfois pas avoir optimisé l'un des seuls critères de jugement.

Si l'erreur n'était apparue qu'une seule fois dans cette étude, nous ne l'aurions certainement pas souligné. Il est d'ailleurs possible que d'autres EHPAD aient, comme l'EHPAD 7, bénéficié d'une surévaluation du Pathos et que les soignants n'aient donc pas forcément songé à m'en parler. Là, le hasard a fait que nous avons pu voir un seul professionnel pour les deux cas de figure. Selon toutes vraisemblances, il s'investit de la même façon dans chacun des deux EHPAD. Mais il a dû faire le constat de son échec face à la situation dans l'un, et son confort dans la situation de l'autre certainement renforcé par l'autre partie de son travail d'ailleurs.

Si l'on prend le temps de détailler cela dans ce travail, c'est parce que, si on veut être réaliste, la télémédecine et son usage ont un certain nombre de contraintes : il faut du personnel soignant pour utiliser l'outil, il faut que ce personnel se libère du temps pour réaliser les actes et surtout, il faut investir dans du matériel de qualité pour optimiser les actes. Autant de points qui, aujourd'hui, sont limités par la façon dont le système de financement des EHPAD fonctionne.

## V. Conclusion

La démographie médicale dans la région de Caen est, comme dans beaucoup d'endroits en France, préoccupante. Nous ne sommes pas encore dans une situation alarmante, mais elle mérite une attention particulière.

Pour solutionner une partie de ces problématiques, la télémédecine peut être envisagée. Elle a fait ses preuves sur différentes expérimentations au niveau national et via TELAP et les systèmes de télé-AVC entre autres dans la région. Ceux qui l'ont testé y reconnaissent des avantages certains pour les patients, principalement en termes de délais de rendez-vous, de transports et de confort pour les patients. Néanmoins, son développement est freiné par des soucis logistiques, communicationnels et des peurs.

Ce qui rend ce travail intéressant, c'est qu'il indique que la télémédecine y apparaît comme un outil efficace face aux problèmes de démographie médicale, mais un outil utilisé de façon non optimisée pour différentes raisons.

En ce qui concerne toute la communication autour de la télémédecine, que ce soit à l'intérieur des EHPAD (les transmissions d'informations et les formations propres à la mise en place de l'outil) ou vers le grand public et les professionnels, elle doit être revue. Il faut l'optimiser pour qu'au moins une partie des réticences ne tombent. Désormais, il ne suffit plus de dire "j'ai une solution" mais "j'ai la preuve que ma solution fonctionne" pour obtenir le soutien et l'adhésion tant des professionnels que des usagers. Et tant que la communication ne sera pas dirigée ainsi, il ne sert à rien de lancer des projets en espérant qu'ils ne prennent seul. Le fait de déclarer "on va faire de la télémédecine, c'est comme ça !", c'est une façon de faire aussi discutable que de construire des bâtiments un peu partout dans le pays en espérant que les médecins vont y venir spontanément.

Au contraire, améliorer cette communication permettrait également une meilleure coordination des projets, élément essentiel pour le développement et l'optimisation de l'outil, avec notamment des matériaux et des logiciels uniques ou au moins compatibles, permettant aux EHPAD de plus facilement débloquer des investissements. Car, pour être totalement honnête la mise en place de la télémédecine a un coût réel et indéniable. Néanmoins, une étude a été menée au CHU d'Angers (37) sur la différence entre la prise en charge des plaies par télémédecine et par la voie plus "traditionnelle". Il pourrait être intéressant d'en mener une semblable dans notre région, en prenant en compte les coûts des transports médicalisés et les surcoûts des prolongations d'hospitalisation. Si plusieurs travaux de plusieurs régions arrivent tous à la même conclusion, on pourrait peut-être faire bouger les mentalités et donc faire évoluer notre système malgré toutes ses lourdeurs administratives. Ce pourrait être une piste intéressante pour poursuivre ce travail.

Enfin, le frein qui semble rester le plus difficile à combattre est cette peur de déshumanisation du soin. C'est la crainte principale qui ressort de cette étude. Chaque soignant, chaque personne rencontrée, nous a répété que la machine ne peut pas remplacer l'humain. C'est une position complètement acquise. Mais la vraie question qui peut être intéressante de se poser désormais, est :

Qu'est-ce qui est le plus inhumain ? Avoir vu un médecin uniquement derrière un écran ou voir en consultation de médecine générale un homme de 85 ans qui vous explique s'être levé à 6h pour être en échographie au CHU à 10h. Que les ambulanciers l'ont laissé dans la salle d'attente seul à 9h30 mais que le médecin avait des urgences donc du retard et n'a malheureusement pu le recevoir qu'à 12h. Que ce pauvre médecin surchargé de travail ne lui a quasiment pas parlé et encore le peu qu'il lui a dit, le patient ne l'a pas compris. Et enfin que les ambulanciers n'ont pu revenir le chercher qu'à 14h, ne le ramenant chez lui qu'à 16h30, après avoir passé la journée seul assis dans une salle d'attente et sans avoir rien mangé depuis le matin ?

Finalement, nous dirons que face à l'état démographique de la région urbaine de Caen, la télémédecine reste une solution. Le véritable problème que l'on rencontre ici, c'est qu'il ne s'agit plus de se demander comment l'utiliser mais bien comment la développer. En clair, la télémédecine est une bonne réponse, c'est la question de son optimisation qui est mal posée.

Il serait donc intéressant pour aller plus loin de réaliser une étude comparant des prises en charge en zone dite sous-dotée avec de la télémédecine à d'autres sans afin d'avoir une idée plus précise de la réelle différence en termes de coût de l'outil face par rapport aux transports médicalisés et d'hospitalisation mais aussi en termes d'accès aux soins à proprement parler.

## **Bibliographie**

1. Les déserts médicaux | Travaux Publiés | Travaux du CESE ; 2017 Disponible sur: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/les-deserts-medicaux>
2. Démographie médicale. anemf-isnar ; 2011. pdf. [internet] Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/demographie-medicale-anemf-isnar.pdf>
3. Données de cadrage \_ Démographie et activité des professions de santé \_ Démographie des médecins. DREES ; Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographiePr ofSante/DemoMedecins.htm>
4. Étude sur l'« Accessibilité aux professionnels de santé libéraux: des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires ». DREES ; 2016. Disponible sur: <http://www.cget.gouv.fr/etude-l-accessibilite-aux-professionnels-de-sante-liberaux-disparites-geographiques-variables-selon>
5. Chaput H, Vergier N, autos, Désert médicaux : comment les définir, comment les mesurer ? DREES ; Mai 2017
6. Bachelet M, Anguis M. « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Études et Résultats, n°1011, Drees, mai. DREES. 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>
7. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, Rapport de la Commission Jeunes Médecins adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins de septembre 2009. [Internet] [visité 09 janvier 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolution%20mode%20exercice.pdf>
8. Trois études sur la féminisation de la profession médicale. [Internet] [visité le 09 janvier 2019] Disponible sur : <http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/etudesfeminisation-1439993950.pdf>
9. S. JAKOUBOVITCH, MC BOURNOT, E. CERCIER, F. TUFFREAU. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES. 2012 [Internet]. [Visité 01 janvier 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
10. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, Dr Patrick BOUET, Président. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016. :326.

11. FRANCIONE R, BISSONNIER C, BOETSCH D, MATUSZEWSKI C, CHAPDELAIN P. La démographie médicale En Région Basse-Normandie Situation en 2015. :65.
12. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [Cité 14 décembre 2018]. Disponible sur : <https://demographie.medecin.fr/>
13. BRAMI G. Les paradoxes de l'évolution de l'EHPAD [internet]. Cairn.info 2013/3 n°91 pages 56 à 61. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-empan-2013-3-page-56.htm>
14. République Française. LOI n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel du 1 juillet 1975.
15. République Française. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. Art. 2. Journal Officiel du 9 octobre 2003.
16. FOURCADE J. De l'hospice à l'EHPAD passage d'un projet de soin à un projet de vie. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; 2005, 32
17. Norris A. Origins and Development. In : Essentials of Telemedicine and Telecare [Internet]. John Wiley & Sons Ltd. 2001. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/sci/doi/10.1002/0470846348.ch1/abstract>
18. WHO. A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development : report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997. Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63857>
19. République Française. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009. Journal Officiel du 31 décembre 2017.
20. Massin P, Chabouis A, Erginay A, Robert N. La télémédecine pour le dépistage de la rétinopathie diabétique. Médecine Mal Métaboliques. Mai 2010 ;4(3):263-7.
21. [Site internet] ARS Normandie. Consulté le 01 janvier 2019. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/premiere-reunion-du-comite-de-pilotage-sur-le-developpement-de-la-telemedecine-au-sein-des-ehpad>
22. Documentation Française. RAPPPORT de M. Pierre LABORDES à Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports. [Internet] Documentation Française/Ministère de la Santé et des Sports. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000539/index.shtml>

23. SPARSA A., DOFFOEL-HANTZ V., BONNETBLANC JM. Une expérience de télé-expertise en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). *Ann Dermatol Venereol.* Mar 2013 ;140(3) :165-9.
24. PECINE JL, HANSON GJ, VAN HOUTEN H et al. Impact of telemonitoring on older adults health-related quality of life : the Tele-ERA study. *Qual Life Res.* Nov 2013 ;22(9) :2315-21.
25. BLANCHERE JP, DOMPMARTIN A. The latest developments in telemedicine applied to wound care. *Soins Gerontol.* 2013;(101) :38-40.
26. DOMPMARTIN A, BLANCHERE JP. Telemedicine to improve home management of wounds. *Rev Infirm.* 2010;(161) :30.
27. GILBERT Marion. Intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs en EHPAD : connaissances et attentes des médecins généralistes, notamment dans le cadre du projet de télé-médecine Télépallia © [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille 2. Faculté de médecine ; 2018.
28. GUION Vincent. Soins palliatifs en EHPAD : place de la télé-médecine. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté de médecine ; 2014.
29. ALIBERT Elise. Etat des lieux de la prise en charge des pathologies dermatologiques en EHPAD dans les Hautes-Alpes et évaluation qualitative de l'intérêt de la télédermatologie. [Thèse d'exercice]. [France] : Aix-Marseille Université. Faculté de médecine ; 2014.
30. HAUTENAUVE Muriel. Etude prospective et observationnelle, sur un an de l'activité des téléconsultations de plaies chroniques en EHPAD. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux. UFR des sciences médicales ; 2014.
31. ISORNI Jean-Baptiste. Quelle prise en charge psychiatrique pour les résidents en EHPAD : étude transversale sur quatre EHPAD de la région de Falaise. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Caen Normandie. UFR de médecine ; 2016
32. ETCHART Emilie. La télé-médecine : une nouvelle pratique en médecine générale pour la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement du patient dément. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2014
33. DEMOUSTIER-TAMPERE David. Etude des recommandations thérapeutiques émises par un binôme gériatre-pharmacien dans le cadre du projet TELEHEPADIA : à propos de 64 consultations menées par le Centre Hospitalier de Valenciennes avec 6 EHPAD. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lille ; 2018

34. LEGENDRE Carole. La télémédecine : un outil de communication ville-hôpital : témoignage d'un retour d'expérience. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2018
35. SCHAAN Karelle. Apport du téléélectrocardiogramme à la médecine générale dans la prise en charge de la personne âgée en institution : étude observationnelle d'un réseau de télécardiologie auprès des EHPAD et services de soins à la personne âgée en région Languedoc Roussillon. [Thèse d'exercice]. [France] : Faculté de médecine (Montpellier) ; 2012.
36. TROUDET Pauline. Impact des téléconsultations de gériatrie sur les hospitalisations des personnes âgées institutionnalisées : étude dans 11 EHPAD du Nord-Ouest Vendée. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2018.
37. DURIMEL Yannis. Evaluation du ressenti des patients et soignants sur l'utilisation de la téléconsultation pour les plaies et les escarres en Aquitaine : étude observationnelle sur 6 EHPAD. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux ; 2014
38. RIOU Emmanuelle. Télémédecine et troubles du comportement en EHPAD : évaluation de la satisfaction des médecins traitants en ayant bénéficié. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2017
39. MARIE-NELLY Nathalie. Evaluation de l'apport de la télémédecine dans la coordination des soins primaires en EHPAD. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2017
40. HAW-SHING Laura. Programme "Télémédecine en EHPAD" en Gironde : Enquête de satisfaction en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux. UFR des sciences médicales ; 2016.
41. INDABRURU Izarne. Intérêt de la télémédecine dans la prise en charge des patients atteints d'hypertonie déformante acquise en EHPAD. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Bordeaux ; 2016
42. CERVERA Carole. Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du bassin de Muret [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2014.
43. CHAMARET Sophie. Quelles sont les conditions d'acceptabilité sociale d'un nouvel outil de télémédecine dans les EHPAD de la région Centre ? [Thèse d'exercice]. [France] : Faculté de médecine de Tours ; 2014

44. République Française. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Journal Officiel du 23 octobre 2016.
45. République Française. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Journal Officiel du 10 août 2018.
46. HERICHER-MARTINS Joana. Evaluations médicales et économiques préalables à la prise en charges des plaies par télémédecine au CHU d'Angers. [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Angers. Faculté de médecine ; 2015
47. Molière. Le Bourgeois Gentilhomme. Acte 2 Scène IV. Première parution : 1670.

# Annexes

## Annexe n°1 : Définition des cinq principaux actes de télémédecine

**Vous avez dit télémédecine ?**

**Une activité médicale qui respecte entièrement vos droits**

Dans le cadre d'un acte de télémédecine, tous vos droits en tant que patient ainsi que la déontologie médicale sont respectés. Vos données médicales restent confidentielles.

**CONFIDENTIEL**

**De nombreux bénéfices pour votre santé**

Accès rapide aux médecins spécialistes  
Confort de vie  
Proximité  
Des soins de qualité  
Prise en charge personnalisée

**Téléconsultation**

Patient seul ou accompagné d'un professionnel de santé

MÉDECIN Réalise le diagnostic / la consultation à distance

Dossier médical du patient

**Téléexpertise**

Vous consultez un médecin qui a besoin d'un avis spécialisé sur votre prise en charge

MÉDECIN Donne un avis d'expert

**Télesurveillance**

Recueil automatique ou par vous-même de données sur votre état de santé et sur le dispositif de recueil et transmission de ces données

MÉDECIN Interprète les données Met en place une prise en charge adaptée

INFIRMIÈRE

**Téléassistance**

Réalise un acte technique...

MÉDECIN ... avec l'aide de son confrère

**Régulation médicale**

MÉDECIN CENTRE 15 Réalise un premier diagnostic de l'état du patient Oriente le patient vers la prise en charge la plus adaptée

Votre médecin s'engage pour votre santé au quotidien. Demandez-lui conseil !



Scannez moi pour en savoir

Disponible sur :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>

## Annexe 2 – Guide d’entretien

### Introduction :

Bonjour

Je réalise donc ma thèse sur la télémédecine dans les EHPAD rapportée à l’état de la démographie médicale.

Je souhaitais discuter avec vous de cela, voir s’il était possible d’un point de vue humain, logistique et technique de pratiquer de la télémédecine dans votre établissement, si vous en pratiquez déjà et surtout pourquoi ça ne marcherait pas ou peu ou comment faire pour que ça puisse mieux marcher...

J’ai de ce fait plusieurs thèmes que je souhaiterai aborder, tout d’abord pour faire un état des lieux sur votre établissement, puis voir un peu quelle offre de soins vous avez dans votre secteur (l’utilité de la télémédecine restant dépendante de ce dont vous avez besoins) et enfin discuter un peu de ce que vous faites déjà et de ce que vous pourriez vouloir. Que ce soit pour ou contre la télémédecine d’ailleurs, tous les points de vue m’intéressent et me seront utiles dans mon travail. Si vous êtes d’accord, je souhaiterai enregistrer notre entretien, juste pour des soucis de précision, afin d’être certaine de ne pas rater d’informations quand je retravaillerai mes données par la suite. Je vous rassure, vos réponses resteront anonymes.

### Questionnaire quantitatif :

- Tout d’abord, on va s’intéresser à votre établissement et à ces capacités. Combien avez-vous de résidents avec et sans médecin traitant ?
- Par rapport à votre personnel soignant, combien avez-vous de soignants ? (Infirmiers principalement)
- Avez-vous une IDEC ? Si oui, ne fait-elle/il que de la coordination ?
- Avez-vous un médecin coordonnateur ?

### Organisation générale :

- Comment se passe, en pratique, la répartition des différents rôles de vos infirmier/infirmières ?

*A rechercher : référents, remplacement en soins de l’IDEC si souci d’équipe*

### Difficultés en termes d’accès aux soins :

- Passons maintenant à la partie sur l’accès aux soins, quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez pour vos résidents ?

*A relancer : sur la médecine générale, sur les autres spécialités, sur les prises en charge en urgence  
Proposer ouverture pour rajouter des choses sur l’accès aux soins.*

### Les différents outils numériques et informatiques et l’accès à internet :

- Si nous nous intéressons un instant à vos capacités techniques, comment qualifieriez-vous la connexion internet dans votre établissement ?
- De quel équipement informatique et multimédia disposez-vous ?
- Quelle est la politique de l’établissement par rapport à la possibilité d’avoir une messagerie professionnelle sécurisée et des codes d’accès dédiés pour chacun ? *(Si c’est utile)*

### Rapports entre humains et technologies :

- Si nous nous intéressons au rapport entre le personnel et l’informatique/la télémédecine/les nouvelles technologies, comment les soignants de votre établissement se positionne face à tout ça ?

- Comment qualifieriez-vous les rapports de vos résidents avec les soins en général et avec la télémedecine ?

Télémedecine déjà pratiquée dans l'établissement :

- Si nous passons maintenant à la télémedecine en général, qu'est-ce que vous pouvez me dire sur la pratique dans votre établissement ?

*A relancer : sur la différence téléexpertise/téléconsultation et sur télémedecine « dégradée »*

Attentes et besoins de l'établissement en termes de télémedecine

- Dans l'idéal, si vous aviez tous les moyens nécessaires, quel apport en télémedecine souhaiteriez-vous pour votre établissement ?

*A relancer : sur la médecine générale*

Des remarques pour conclure ?

J'ai terminé. Merci beaucoup pour vos réponses et surtout pour votre temps. N'hésitez pas à me dire si vous voulez que je vous fasse un retour dès que j'aurai terminé mon étude.

Annexe n°3 : CD des entretiens

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : BEDIER Christiane

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

Les facteurs influençant le développement de la télémédecine dans les EHPAD de la région urbaine de Caen dans le contexte démographique actuel.

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

Introduction : Nous avons à un flux de population positif, ne pouvant pas toujours être pris en charge par les généralistes de la région de Caen qui se retrouvent en EHPAD. La télémédecine permet de proposer un accès aux soins dans une zone déficitaire, sans déplacement pour une population déjà fragilisée comme celle vivant dans des EHPAD. Pourtant, le fait est que, malgré un certain « phénomène de mode » la télémédecine n'est pas tant vulgarisée que cela. Matériels et méthodes : La méthode qualitative a été retenue pour cette étude sur une sélection de 15 EHPAD situés à Caen et dans sa communauté urbaine. Résultats : Nous avons finalement rencontré soit le médecin coordonnateur, soit l'infirmière de coordination soit les deux ensembles dans 14 EHPAD. (le 15<sup>e</sup> a refusé de nous recevoir par manque de temps) Parmi ceux-ci, 4 d'entre eux ont refusé l'enregistrement. Discussion : L'originalité du sujet réside sur le fait qu'il y a eu plusieurs thèses sur la télémédecine, quelques écrits sur la télémédecine dans les EHPAD, mais nous n'avons pas retrouvé d'autres travaux portant sur le développement de la télémédecine rapportée à la démographie médicale. L'utilisation de la télémédecine permet de gagner du temps, de l'argent et d'offrir un accès aux soins. Ses limites sont une mauvaise communication, un système de peurs autour de l'outil et des problèmes de financement des EHPAD. Conclusion : La démographie médicale dans la région de Caen est préoccupante. Ce travail indique que la télémédecine y apparaît comme un outil efficace face aux problèmes de démographie médicale, mais un outil utilisé de façon non optimisée pour différentes raisons.

**MOTS-CLÉS :** Télémédecine, EHPAD, démographie médicale, Caen.

**TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

Factors influencing the development of telemedicine in EHPAD in the Caen's urban area in the current demographic

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

Introduction : We have a positive population flow, which can not always be supported by General Practitioners in the Caen area who end up in nursing homes. Telemedicine offers access to care in a deficit area, without moving for a vulnerable population such as those living in nursing homes. However, despite a certain "fashion phenomenon", telemedicine is not so much popularized as that. Methods : The qualitative method was selected for this study on a selection of 15 nursing homes located in Caen and its urban community. Results : We finally met either the coordinating physician, the coordinating nurse or the two in 14 nursing homes. (the 15th refused to receive us for lack of time) 4 of them refused registration. Discussion : The originality of the subject lies in the fact that there have been several theses on telemedicine, some studies on telemedicine in nursing homes, but we have not found any other work on the development of telemedicine related to medical demography. Telemedicine saves time, money and offers access to care. Its limits are poor communication, a system of fears around the tool and problems of funding nursing homes. Conclusion : Medical demography in the Caen area is worrisome. This work indicates that telemedicine appears to be an effective tool in the face of the problems of medical demography, but a tool used in a non-optimized way for various reasons.

**KEY WORDS :** Telemedicine, nursing homes, medical demography, Caen