Actes de télémédecine dans 3 EHPAD de Tarentaise : vécu des médecins correspondants

Damien Groison, Grégoire Dhuicq

▶ **To cite this version:**

Damien Groison, Grégoire Dhuicq. Actes de télémédecine dans 3 EHPAD de Tarentaise : vécu des médecins correspondants. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02407581

HAL Id: dumas-02407581

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02407581

Submitted on 12 Dec 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.

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n’a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l’utilisation de ce document.

D’autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

ACTES DE TÉLÉMÉDECINE DANS 3 EHPAD DE TARENTAISE : VÉCU DES MÉDECINS CORRESPONDANTS

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Grégoire DHUICQ [Données à caractère personnel]

Et

Damien GROISON [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 06/12/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :	Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER
Directeur de thèse :	Madame le Docteur Marion CHAUVET
	Monsieur le Docteur Pascal ZELLNER (co-directeur de thèse)
Membres	Monsieur le Docteur Vincent RIALLE
	Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UFR de Médecine

UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

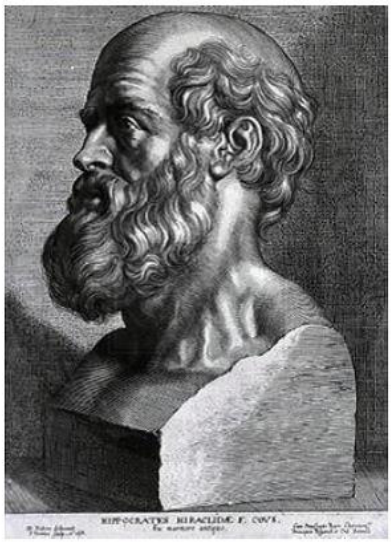
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements communs

Au Professeur Pascal COUTURIER vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et nous vous en remercions. Merci pour votre disponibilité dans l'élaboration de cette étude. Soyez assuré, Monsieur, de toute notre reconnaissance.

Au Docteur Marion CHAUVET tu nous a fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci de nous avoir soutenu et encouragé tout le long de notre thèse et merci de ta disponibilité, ta patience et de tes remarques pertinentes.

Au Docteur Vincent RIALLE, vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse, et nous vous en remercions. Soyez assuré, Monsieur, de notre profonde gratitude

Au Docteur Yoann GABOREAU, vous nous faites l'honneur de juger ce travail et nous vous en remercions. Merci également pour votre grande participation dans notre formation de médecin généraliste.

A Pascal ZELLNER pout ton investissement dans ce projet et ton aide dans l'initiation de ce travail.

A tous les médecins et soignants qui ont accepté de participer à ce travail de recherche : un grand merci pour vos témoignages, pour votre confiance, pour votre accueil et le temps que vous nous avez accordé. Vous nous avez permis d'effectuer ce travail, et ce avec plaisir.

Remerciements Grégoire

A petit chat, toi qui m'a toujours soutenu et aimé quel que soit les épreuves, je te remercie mille fois. Je sais que ces derniers mois étaient particulièrement difficiles et chargés mais promis ; notre avenir sera rempli d'amour. Que cette thèse soit aussi ta réussite, je t'aime infiniment.

A mes parents, qui le méritent amplement et sans réserve. Vous êtes des exemples de travail et de réussite à mes yeux. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous et votre amour.

A mes 2 frères, Guilhem et Paul, pour toutes ces choses grandes et petites, remarquables et insignifiantes, qui font de moi l'homme et le médecin que je suis aujourd'hui.

A tout le reste de ma famille : grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, belles sœurs et beaux-parents, pour votre bienveillance et votre amour.

A tous mes amis que je ne nommerais pas, de peur d'en oublier, merci pour votre soutien et vos encouragements. Sans vous, toutes ces années auraient été bien fades... J'ai hâte d'évoluer continuellement auprès de vous. Je vous love !

Et bien sûr, merci à toi cher co-thésard pour m'avoir fait découvrir les joies de l'internat et les week-ends thèses bien productifs.

Remerciements Damien

Je tenais à remercier de nombreuses personnes qui ont énormément participé à ma réussite :

Aux Chevaliers : Merci pour ces années de folie, de bières et de rigolade. Et à toutes les prochaines…Un groupe d'amis hors du commun et toujours présent. La bise les copains. Je vous aime.

A tous les internes rencontrés pendant ces 3 années à Thonon, Sallanches, Chambéry et Megève. De très bons moments avec vous et de nombreuses personnes que je ne suis pas prêt d'oublier.

Aux médecins avec qui j'ai eu la chance de travailler durant mon internat. Merci d'avoir partagé vos connaissances afin de pouvoir exercer au mieux ce fabuleux métier.

A Thib', pêcheur du dimanche, merci pour ces instants cultes…

Aux Dijonnais et amis de longue date : Quentin et Christopher. Charly, rendez-vous en Polynésie !

A Nico, Ben, Comit', Philou, Elo, Hélène, Pop : à nos années à la fac et surtout ce qui va avec… De très bons souvenirs avec chacun d'entre vous.

A Greg et nos bons « week-ends thèse », entre autre … De très bons moments avec toi.

A ma famille : Tonton, Paula, les cousins-cousines, Marraine & Pat.

A mon Papou

A ma chérie pour m'avoir supporté et soutenu durant ces mois de travail, merci d'être toujours présente… merci, Je t'Aime fort.

A ma Maman, pour ton soutien et sans qui je ne serais jamais arrivé jusqu'ici, je ne te remercierai jamais assez ! Je t'adore.

A ma p'tite sœur adorée Priscou.

A Mamou, je pense à toi…

A mon Papa, tu me manques beaucoup trop…

Table des matières

I. LISTE DES ABRÉVIATIONS 11

II. RÉSUMÉ 12

III. INTRODUCTION 13

A. Contexte 13

1. Définition de la télémédecine 14
2. Historique de la télémédecine 16
3. Objectifs nationaux de la télémédecine 17
4. Contexte réglementaire 19

B. Naissance du projet 21

1. Les enjeux du projet 22
2. Partenaires impliqués 23
3. Financement du projet 25
4. Choix de la console de téléconsultation 27
5. Formation des acteurs 29
6. Rémunération des médecins participants 29
7. Déroulement de la téléconsultation 30

C. Expériences déjà menées 31

IV. OBJECTIF 32

V. MATÉRIEL ET MÉTHODE 33

A. Population étudiée 33

B. Méthodologie 34

1. Type d'étude 34
2. Comité de Protection des Personnes 35
3. Description des investigateurs 35
4. Questionnaire 36
5. Organisation des entretiens 36
6. Recueil et analyse des données 37

VI. RÉSULTATS 39

A. Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon 39

1. Caractéristiques des entretiens 39
2. Caractéristiques des participants 39

B. La télémédecine dans la société 40

1. Contexte actuel 40
2. Son intérêt pratique 41
3. Ses indications 42

C. La télémédecine en pratique 43

1. Son organisation 43

2. Les interactions 44
3. Temps de consultation 46
4. La logistique 47

D. Le ressenti du médecin 48
1. État d'esprit avant le projet 48
2. Son comportement médical 50
3. Son vécu émotionnel 51
4. Pouvoir se familiariser 51

E. Le devenir de la télémédecine 52
1. Les limites 52
2. Améliorations proposées 53
3. Projet à terme 55

VII. DISCUSSION 56

A. Validité de l'étude 56
1. Les forces de l'étude 56
2. Les faiblesses de l'étude 58

B. Interprétation des résultats au vue de la littérature 59
1. Les enjeux du projet MisMi : attentes et réticences des médecins correspondants 59
2. La télémédecine à l'épreuve de la pratique 63
3. L'avenir de la télémédecine 68

C. Questionnements et ouvertures autour de la télémédecine 70

VIII. CONCLUSION 74

IX. BIBLIOGRAPHIE 77

X. ANNEXES 81

Annexe 1 : Demande de téléconsultation 81

Annexe 2 : Fiche de renseignements téléconsultation soignant 82

Annexe 3 : Fiche de renseignements téléconsultation médecin 83

Annexe 4 : Questionnaire initial 84

Annexe 5 : Fiche de consentement 85

Annexe 6 : Fiche de recueil 87

Annexe 7 : Les entretiens 88

Annexe 8 : La télémédecine dans la société 108

Annexe 9 : La télémédecine en pratique 109

Annexe 10 : Le ressenti des médecins 110

Annexe 11 : Le devenir de la télémédecine 111

Annexe 12 : Questionnaire actuel 112

I. LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALCOTRA : Alpes Latines COopération TRAnsfrontalière

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APTV : Assemblée du Pays Tarentaise Vanoise

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-Soignante

CHAM : Centre Hospitalier Albertville Moutiers

CME : Centre Médical d'Établissement

CNOM : Comité National de l'Ordre des Médecins

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPE : Carte Professionnelle Établissement

CPP : Comité De Protection des Personnes

CPS : Carte Professionnelle de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins

ECG : ElectroCardioGramme

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FEDER : Fonds européen de développement régional

FESI : Fonds Européens Structurels d'Investissement

HAS: Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFREMMONT : l'Institut de Formation et de Recherche en Médecine de Montagne

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISMB : Institut Supérieur Mario Boella

MisMi : Modèle Intégré de Santé pour une Montagne Inclusive

NASA : National Aeronautics and Space Administration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAD : Personnes Âgées Dépendantes

UE : Union Européenne

USA : United States of America

II. RÉSUMÉ

Introduction : En France la population est vieillissante et le nombre de médecins en activité régulière diminue. Il en résulte une inégalité d'accès aux soins. Avec l'essor, des nouvelles technologies, le projet MisMi propose début 2017 un système de télémédecine innovant pour réduire ces inégalités de santé identifiées en Tarentaise. L'objectif de ce travail était d'étudier l'acceptabilité de ce dispositif proposé dans 3 EHPAD de la Tarentaise, par les médecins correspondants.

Méthode : Étude qualitative avec analyse thématique, à partir d'entretiens individuels semi-dirigés de médecins volontaires.

Résultats : Les 6 médecins interrogés ont apprécié ce dispositif de télémédecine qui avait un intérêt pour ces patients isolés et dépendants en limitant les déplacements et leurs complications. Il pouvait répondre à des demandes spécifiques mais ses indications restent limitées. Il était simple d'utilisation, non chronophage et permettait d'améliorer les échanges entre professionnels ainsi que l'accès aux soins. Cependant les médecins préféraient le contact direct, car les interactions avec les patients étaient souvent plus pauvres et l'examen limité. De même la formation au logiciel était vécue comme insuffisante.

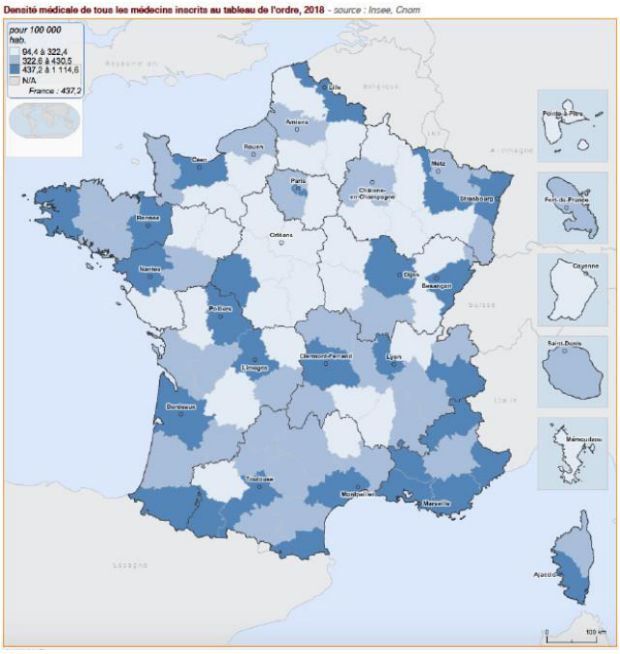
Conclusion : Cette étude a permis l'amélioration des connaissances concernant le vécu des médecins télé-consultants qui jusqu'alors avait été peu évalué. Les résultats semblent favorables au développement de cette pratique. Jusqu'alors, la problématique de la rémunération des actes de télémédecine était considérée comme un frein majeur à son développement, mais la tarification récente de ces actes fin 2018 pourrait être un tournant majeur de son développement.

III. INTRODUCTION

A. Contexte

Durant ces dernières décennies, nous avons pu observer un vieillissement croissant de la population française. Ainsi depuis 1950, la démographie des plus de 75 ans a plus que doublé et serait ininterrompue jusqu'en 2050, passant de 3,8 % de la population française en 1950 à 9,1 % en 2019 et serait estimée à 15,5 % en 2050 (1). Il en résulte une augmentation de l'incidence des pathologies chroniques.

Parallèlement, le nombre de médecins exerçant en France n'a jamais été aussi élevé, fait à relativiser à la population grandissante (2). Cependant, la situation est plus complexe avec de grandes disparités régionales et départementales. Il existe une grande variabilité de la densité médicale à travers le territoire français, avec une concentration beaucoup plus importante à Paris et sur le littoral français ce qui amène à des inégalités manifestes (cf. carte 1).



Carte 1. Densité médicale de tous les médecins inscrits à l'ordre en 2018

Malgré le nombre de médecins en hausse, il a été démontré que la proportion de professionnels en activité régulière diminue (3). On observe ainsi une diminution de 10 % de temps de travail (78 % à 68 %) entre 2007 et 2017. C'est pourquoi il existe un décalage entre les besoins de santé et l'offre de soins.

Les EHPAD sont un lieu de vie accueillant une population particulièrement à risque sur le plan médical et nécessitent régulièrement la présence d'un médecin pour le suivi des résidents autant dans l'aigu que le chronique. Du fait de cette inadéquation, les professionnels de santé ont moins de disponibilités pour les déplacements hors du cabinet.

Pour pallier cette problématique et avec l'aide des progrès technologiques, la télémédecine est une discipline en plein essor afin de répondre au mieux à la demande de soins.

Comme tout nouveau projet, il peut exister des réticences en termes d'acceptabilité par le personnel et les patients.

1. Définition de la télémédecine

En 1997, L'Organisation Mondiale de la Santé décrit pour la première fois la télémédecine comme « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes rendus, enregistrements, etc), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* » (4).

Selon l'article L.6316-1 tiré de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les*

technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnel(s) de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » (5).

Elle est encadrée par une loi qui la définit en 5 actes (6) :

- La téléconsultation : « *qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance, à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient.* »
- La télé-expertise : « *qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.* »
- La télésurveillance médicale : « *qui 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. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.* »
- La téléassistance médicale : « q*ui 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 réponse médicale : « *qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.* »

La télémédecine ne doit en aucun cas être confondue avec la télésanté qui est un terme faisant référence à diverses applications et sites internet liés à la santé.

Sur ces divers versants, la télémédecine permet de prendre en charge un patient dans sa globalité, allant du recours de première urgence, au suivi et surveillance de patients chroniques, d'avis spécialisés, et ce encore plus chez les patients en âges extrêmes ayant une mobilité réduite.

Devant cette période cruciale où l'offre de soins est de plus en plus précaire particulièrement dans les zones rurales et défavorisées, la télémédecine s'inscrit alors au cœur des sujets de santé publique.

2. Historique de la télémédecine

Bien que la notion de télémédecine soit au cœur des débats actuels, elle est utilisée depuis des dizaines d'années.

Le premier acte de télémédecine date de 1905 avec la transmission d'un ECG en Europe, sur une distance de 1,5 km, en utilisant la voie téléphonique. Il a été réalisé par Willem Einthoven, prix Nobel de médecine pour ses travaux sur l'électrocardiogramme (7).

En 1920, une radio de service médical est créée pour les services maritimes aux États-Unis. Elle permet aux marins, pouvant être très éloignés des terres, d'avoir un avis médical (8).

A la fin des années 1950 on voit apparaitre la première vidéo interactive en santé par l'institut psychiatrique du Nebraska (USA) qui, via un système de télévision interactive à deux voies,

opéra une téléconsultation en psychiatrie avec l'hôpital de Norfolk, à 180km de distance. Durant cette même période, un autre projet expérimental a été mis en place en 1959 au Canada. Il s'agit d'une transmission d'images radiologiques pour un diagnostic à distance. Puis c'est au tour de la NASA de s'intéresser à cette nouvelle discipline. En effet elle a mis en place un système d'assistance médicale qui permet d'établir des diagnostics, de traiter les urgences, ainsi que d'étudier les effets de l'apesanteur sur la santé des astronautes.

En 1989 est créé l'Institut Européen de Télémédecine à Toulouse, à l'Université Paul SABATIER par Louis LARENG (président de la société européenne de télémédecine) qui est considéré comme un des pionniers dans ce domaine (9).

Au Texas, dans les années 90, la télémédecine a été développée pour le secteur pénitentiaire évitant ainsi toute sortie de détenus pour raisons médicales (10).

La première démonstration d'un acte de télémédecine a eu lieu le 8 novembre 1994. Elle consistait à la réalisation d'un scanner piloté du Canada sur un patient situé à Paris (Hôpital Cochin).

3. Objectifs nationaux de la télémédecine

Pour la DGOS la télémédecine vise une optimisation globale du système de santé afin de répondre aux problèmes actuels (d'ordre épidémiologique, démographique et économique).

Les 3 objectifs principaux sont d'améliorer l'accès aux soins pour tous, la coordination entre professionnels et le parcours de soins.

Les bénéfices attendus à cela sont de 3 ordres (11) :

- Pour les patients : elle permettrait d'optimiser la prise en charge, de favoriser l'équité de l'accès et de la qualité des soins, de pérenniser l'offre de soins de premier recours ainsi que d'améliorer la prévention et la qualité de vie des patients.
- Pour les professionnels de santé : elle pourrait permettre un enrichissement intellectuel par le travail collectif ainsi qu'une sécurisation des pratiques.
- Pour les pouvoirs publics : elle tenterait de réduire les hospitalisations et les transports, non négligeables en termes de coûts pour la société.

Les actes de télémédecine devraient donc contribuer à améliorer la qualité de vie des patients, promouvoir la coordination entre professionnels de santé, prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences et donc diminuer, entre autres, le coût des transports.

En évitant la mobilisation des personnes âgées, elle permet une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients, et donc une amélioration de l'organisation de soins.

Il est important de souligner que la télémédecine ne remplace pas les consultations physiques, mais est complémentaire à celle-ci. Elle devra répondre aux besoins de la population et contribuer à réduire la désertification médicale.

4. Contexte réglementaire

Les moyens offerts par les progrès technologiques, avec l'usage du numérique, contribuent à améliorer le niveau de connaissances des médecins par l'information et la formation. Ils disposent alors de nouveaux outils pour exercer leur art.

Ainsi, la télémédecine s'inscrit naturellement dans un cadre juridique et déontologique permettant un accès fiable et sécurisé pour le professionnel de santé et le patient.

C'est avec la loi du 13 août 2004, article 32, que l'acte médical est autorisé par la télémédecine et met alors fin à l'interdiction de l'exercice médical à distance (12).

Puis la télémédecine est reconnue officiellement en tant que pratique médicale à distance le 21 juillet 2009 via l'article 78 de la loi n° 2009-879 HPST (13).

De cette loi s'en suit le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 avec la publication de l'article R6316 du code de la santé publique (14).

Il souligne le fait que la téléconsultation doit se faire avec le consentement libre et éclairé du patient, comme précisé également dans le code de santé publique avec l'article L-1111-4 (15) et l'article 36 du code de déontologie (16). Pour cela le médecin est tenu d'informer le patient sur le déroulement de l'acte de télémédecine avant d'obtenir son accord. On retrouve également l'article 35 du code de déontologie (17) et l'article L-1111-2 de la loi du 4 mars 2002 centré sur le patient qui appuie cette obligation (18).

De même une consultation de télémédecine ne peut être réalisée que dans certaines conditions. En effet, elle nécessite une authentification de la part du praticien avec sa carte CPS ainsi que celle du patient, le plus souvent avec la carte vitale. Le praticien doit avoir

accès aux données médicales du patient nécessaires à cette consultation (constantes, antécédents, traitements …).

Chaque professionnel de santé intervenant dans l'acte de télémédecine doit tenir le dossier du patient. On doit y retrouver le compte rendu de l'acte, les éventuelles prescriptions, l'identité des différents acteurs, la date, l'heure et dans certains cas, les différents incidents.

Tous les acteurs de la téléconsultation sont soumis au secret médical, comme rappelé par l'article 4 de déontologie (19) et l'article L1110-4 du code de santé publique, la télémédecine n'y déroge pas (20).

Employant le numérique elle nécessite une protection des données pour garantir le secret médical. C'est par la loi du 6 janvier 1978 relative au traitement automatisé des données à caractère personnel (21) et le décret n°2007-960 du 15 mai 2007 (22) relatif aux données médicales conservées sur support informatique, que des référentiels concernant la sécurité des informations numériques ont été établis. La télémédecine s'inscrit donc dans le respect de ces exigences juridiques quant aux données informatiques qu'elle impose (23).

Il existe aussi des réglementations quant aux équipements technologiques. Les médecins ont l'obligation déontologique de s'assurer de leur fiabilité. Ils peuvent cependant agir en recours contre les fournisseurs de ces matériels en cas de défaillance du système. Chaque prestataire porte la responsabilité correspondant à sa prestation (24).

Pour finir, avec la télémédecine il n'y a pas de changement fondamental des responsabilités impliquées par rapport aux actes de médecines plus traditionnels. Elles varient de la même façon en rapport avec un exercice en établissement public, privé ou en libéral (25).

B. Naissance du projet

La Tarentaise est un territoire alpin de 53 500 habitants permanents, situé à l'Est de la région Auvergne-Rhône-Alpes et de la Savoie, limitrophe de l'Italie, et organisé autour d'une vallée principale (bassin de l'Isère). Environ 56 % des communes ont moins de 1000 habitants et 4 habitants sur 10 sont dans une commune isolée (26). Ce territoire ainsi que celui de la Vallée d'Aoste en Italie font face à un dépeuplement et en particulier un vieillissement progressif de la population des municipalités de haute montagne.

De même, à titre indicatif, la démographie médicale des médecins généraliste en France en 2017 retrouvait une moyenne de 1 médecin pour 653 habitants (27) contre 1 médecin pour 1079 habitants en 2015 en Tarentaise (26) (28).

Cela nécessite une démarche transfrontalière et l'essai de modèles innovants de services de proximité qui apportent de réelles améliorations dans la protection sociale et sanitaire.

En parallèle, le programme régional de l'ARS Rhône-Alpes, suite à la loi HPST, fixe des objectifs de santé sur 5 ans. Celui de 2012-2017 est axé en partie sur l'utilisation de nouvelles technologies dans le domaine sanitaire.

Devant cette problématique, INTERREG ALCOTRA, qui est un programme de coopération territoriale européenne entre la Tarentaise et le Pays d'Aoste cherche à pallier cette difficulté.

Le projet MisMi est ainsi né le 19 janvier 2017 en proposant diverses expérimentations pour réduire les inégalités d'accès aux soins sur ces territoires montagneux. Il s'est alors intéressé à une population particulièrement fragile et dépendante en mettant en place un système de télémédecine entre des résidents d'EHPAD de la Tarentaise et des médecins correspondants et ce projet prendra fin le 18/01/2020 (29).

1. Les enjeux du projet

Pour les résidents des EHPAD comme pour les habitants de Tarentaise, l'accès rapide à une consultation médicale est compromis du fait de l'éloignement géographique et de l'offre insuffisante de soins.

Il s'agira ainsi d'évaluer l'apport de la télémédecine en tant que facteur de maintien de l'égalité d'accès aux soins pour les populations âgées.

Plus précisément, le projet visera à :

- Faciliter, développer et rendre plus efficient l'accès aux spécialistes tout en replaçant la personne âgée dépendante (PAD) au centre d'une prise en charge adaptée.
- Réduire les déplacements souvent source d'angoisse voire de désorientation pour la PAD.
- Favoriser la concertation entre l'équipe médicale-soignante de l'EHPAD et le spécialiste.
- Faciliter les organisations (meilleure planification des consultations EHPAD/Centre hospitalier).
- Réduire les inégalités sociales et sanitaires des habitants en zone de montagne.

Ainsi l'objectif principal de ce projet est de développer des services sociaux et de santé de proximité qui répondent aux besoins spécifiques de la population de montagne.

2. Partenaires impliqués

Ce projet a pu naître avec l'aide de plusieurs acteurs :

- **L'IFREMMONT**

Il s'agit de l'Institut de Formation et de Recherche en Médecine de Montagne. Il a déjà participé à 6 programmes de recherche transfrontaliers qui lui ont permis d'asseoir son expertise en matière de télémédecine pour les zones de montagne et les zones enclavées. A ce jour, l'Institut a mis en place une architecture de téléconsultation opérationnelle et validée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre de la téléconsultation de médecine de montagne. Son rôle ici est de coordonner le projet, d'apporter l'expertise scientifique et technique, d'animer des groupes de travail thématique et d'assurer leur formation.

- **L'APTV**

L'Assemblée du Pays Tarentaise Vanoise est une structure de développement territorial regroupant les 5 communautés de communes. Pour 2014-2020, le programme d'action de territoire repose sur 5 axes, dont celui de développer l'attractivité résidentielle de la vallée, l'offre de santé et le service de proximité. Un des objectifs est d'améliorer l'offre de soins de premier recours, en favorisant l'installation de nouveaux médecins (maison de santé, télémédecine).

- **Le CHAM**

Il a pour rôle de mettre en œuvre l'expérimentation des téléconsultations à partir du site de Moûtiers, ainsi que de mobiliser des médecins spécialistes en interne.

- **L'ISMB**

L'Institut Supérieur Mario Boella est le responsable des activités et de la validation de l'analyse technique des solutions proposées par les partenaires français.

- **Association M'Atome**

Il s'agit du relais médical de l'IFREMMONT sur le terrain. Il s'occupe donc du suivi des démarches ainsi que celui des résidents de l'EHPAD concernés par des téléconsultations. C'est une association qui regroupe les professionnels de santé du canton des Versants d'Aime.

- **Les EHPAD participants**

Le projet a été présenté aux 5 EHPAD de la Tarentaise (Bozel, Moûtiers, Aime, Bourg Saint Maurice, et Aigueblanche). MisMi a présenté à tous ces établissements la thématique, les enjeux, les bénéfices attendus ainsi que les possibles contraintes pour entrer dans le projet. Elles sont de deux sortes : une financière car les EHPAD doivent avancer le coût du projet qui, pour de petits établissements, peut s'avérer contraignant (le projet n'est financé par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) qu'à son terme et parfois avec un délai non négligeable) et une liée à la charge administrative.

L’EHPAD d’Aime

La maison du Soleil à Aime (3600 habitants) est un établissement intercommunal qui a ouvert ses portes en juillet 2007 et située à 15 km de Moutiers. Elle propose 41 places dont des unités spécifiques Alzheimer, un hébergement temporaire et un accueil de jour. Des activités de bien-être, de prévention en santé et de musicothérapie y sont également proposées.

L’EHPAD de Bozel

Dans un village de 2000 habitants, cette structure publique construite en 1988 se situe à 40 km d’Albertville et 13 km de Moutiers. L’établissement possède 54 lits (30 lits d’EHPAD et 24 de géronto-psychiatrie).

L’EHPAD de Moutiers/Centre Hospitalier Albertville Moutiers (CHAM)

Le CHAM est un établissement public regroupant 2 sites hospitaliers et 2 EHPAD situés dans un village de 4000 habitants. Avec près de 800 professionnels de santé et 80 médecins, le CHAM est un établissement de proximité de référence. Le CHAM offre actuellement 283 lits (EHPAD Les Cordeliers : 80 lits ; EHPAD Maison de Santé Claude LÉGER : 90 lits).

3. Financement du projet

Il provient d’un fond structurel européen, le FEDER, qui vise à renforcer la cohésion économique et sociale au sein de l’Union Européenne. Il finance les programmes de développement régional et facilite les connaissances et les liens entre les pays.

En effet, il existe des Fonds Européens Structurels d'Investissement (FESI) qui permettent aux états membres de l'UE d'être solidaires vis-à-vis de l'économie mondiale.

L'enveloppe financière des FESI est partagée en 3 : une pour le FEDER, une autre pour le Fonds Social Européen (visant à maintenir l'emploi dans les états membres), et la dernière pour le Fonds de Cohésion, destinée aux états membres dont le produit national brut par habitant est inférieur à 90% de la moyenne communautaire.

Étant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, le projet MisMi est éligible au programme ALCOTRA 2014-2020 (Alpes Latines COopération TRAnsfrontalière) qui est un programme de coopération européen couvrant le territoire alpin entre la France et l'Italie. Il s'agit du 5ème programme de coopération transfrontalière financé par les fonds structurels.

Son objectif est de renforcer la cohésion des territoires, améliorer la qualité de vie de la population ainsi que redynamiser l'économie.

Concrètement, la zone ALCOTRA a présenté au FEDER une problématique commune. Il s'agit d'un travail sur l'éviction de la désertification en zone de montagne ainsi que le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Chacun des 2 pays avait préalablement cherché à imaginer comment répondre à cette problématique en construisant des actions adaptées à leur territoire respectif et avait calculé individuellement le coût de ces actions à l'origine d'un budget qui leur est propre.

L'Union Européenne via le FEDER participe donc au projet, en versant une somme, répartie en ⅓ pour la France et le reste pour l'Italie.

4. Choix de la console de téléconsultation

Une station de téléconsultation, pivot central du projet, permettra au praticien distant d'examiner le patient et de réaliser certains examens complémentaires.

Le choix de la console a été effectué après un appel d'offres, où deux prestataires ont répondu. Chacun d'entre eux les ont décrites, avec une démonstration en direct, et la console de téléconsultation la plus pratique pour parvenir aux besoins de l'étude a été choisie en fonction de différentes caractéristiques (taille, mobilité, facilité d'utilisation…).

Les consoles de téléconsultation ont donc été livrées par le prestataire français Hopi Medical basé à Strasbourg et à Nancy. Elles leurs étaient louées à leurs frais et secondairement remboursées par le financement européen.

Il s'agit de la console mobile Lim*Star (cf. photo 1) qui exploite le logiciel de vidéo-expertise médicale NEOLINKS Vision.

Elle comporte :

- Une caméra avec une capacité d'agrandissement et contrôlable à distance (cf. photo 2).
- Un lecteur de carte vitale et un lecteur de carte CPS/CPE pour l'assistant sur place.
- Un écran tactile.
- Un pulvérisateur de solution hydro-alcoolique situé à l'arrière de la console.
- Un stéthoscope connecté à la console permettant au médecin à distance d'entendre les bruits transmis (cf. photo 3).
- Un dermatoscope relié à un smartphone (cf. photo 4).
- Un vidéo-otoscope (cf. photo 5).
- Un ECG Télécardia* fonctionnant en Bluetooth (cf. photo 6).

*Photo 1. Console Lim*Star*

Photo 2. Caméra motorisée

Photo 3. Stéthoscope connecté

*Photo 4. DermLite D1**

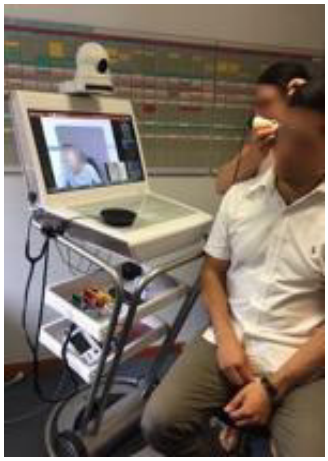


Photo 5. Vidéo-otoscope

*Photo 6. ECG Télécardia**

5. Formation des acteurs

Le personnel soignant, participant à ce projet sur la base du volontariat, a bénéficié d'une formation pratique pour l'utilisation de cette console de télémédecine. Elle s'est faite par l'intermédiaire de Hopi Medical.

Elle a été réalisée les deux premières semaines de juin 2018 avec une quinzaine d'agents par EHPAD soit une cinquantaine au total. Les séances se faisaient par petits groupes d'environ 5 soignants et ont duré une heure.

Pendant celles-ci, un prestataire jouait le rôle du médecin, permettant d'évaluer la qualité de l'image et du son ainsi que la mobilité de la caméra.

Puis, un volontaire prenait le rôle du patient, pour tester les différents outils (ECG, stéthoscope, otoscope, constantes, dermatoscope…).

6. Rémunération des médecins participants

Le projet MisMi prévoyait une rémunération de 45€ par acte de télémédecine. Elle était financée par le FEDER au terme de l'étude, indépendamment de tout lien avec l'assurance maladie. Cette somme était versée directement aux praticiens libéraux ou à l'établissement correspondant s'il s'agissait d'un médecin hospitalier.

7. Déroulement de la téléconsultation

Pour initier une téléconsultation, une demande est effectuée par le médecin traitant auprès des spécialistes, par mail sécurisé ou fax (cf. annexe 1). Puis en retour il reçoit une validation ou un refus de la téléconsultation.

Une fois l'accord donné, le rendez-vous est inclus dans le planning habituel du praticien. S'il juge que le contexte clinique ne permet pas une téléconsultation, le patient suivra le parcours de soins classique.

Puis le personnel soignant sur place est amené à remplir une fiche de téléconsultation qui sera secondairement rendue anonyme pour le reste de l'étude (cf. annexe 2).

Le jour du rendez-vous, le médecin ainsi que le personnel sur place se connecte au logiciel dédié à la téléconsultation, avec authentification via la carte CPS du praticien et la carte CPE afin d'en assurer la traçabilité.

Le médecin et le patient peuvent à présent entrer en contact grâce à une caméra haute résolution, mobilisable à distance par le médecin.

La consultation peut donc débuter par un interrogatoire suivi d'un examen clinique réalisé par une infirmière ou une aide-soignante, préalablement formée, et guidée par le médecin.

A noter que les constantes peuvent être prises avant le début de la consultation afin d'optimiser la durée de l'examen. Il en est de même avec les traitements et antécédents du patient qui peuvent être notés dans le logiciel informatique.

Le praticien peut alors réaliser une ordonnance avec signature électronique, décider d'hospitaliser le patient, programmer une nouvelle téléconsultation ou encore préférer revoir le patient lors d'une consultation physique. Toutes les informations de la consultation doivent

ainsi être notées sur la fiche de téléconsultation, faisant office de compte rendu (cf. annexe 3). Cette fiche sera secondairement rendue anonyme puis intégrée dans le dossier informatique et papier du patient et plus tard utilisée pour l'ensemble de l'étude MisMi.

C. Expériences déjà menées

La télémédecine a déjà fait l'objet de différents travaux de recherches. Ainsi on retrouve le centre hospitalo-universitaire de Grenoble comme un des principaux pionniers de son expérimentation. En 1996 une étude a été menée pour évaluer la faisabilité clinique d'une consultation psychométrique à distance auprès de patients âgés (30). Elle pouvait être appliquée avec succès mais était limitée par les moyens de communications de l'époque. En 1998 une nouvelle étude sur la faisabilité de téléconsultations orthopédiques dans un service de rééducation gériatrique était favorable à son développement malgré un examen clinique restreint (31).

En parallèle de l'essor récent de la télémédecine, de nombreuses questions restent à élucider. Jusqu'alors, la médecine conventionnelle nécessitait conjointement la présence physique du patient et du médecin. Mais avec cette nouvelle technologie, le médecin peut dorénavant intervenir à distance. Qu'en est-il du ressenti du médecin ?

Plusieurs limites ont déjà été identifiées et certaines de façon récurrente. Les téléconsultations sembleraient chronophages (32) (33), plus complexes (logiciel informatique, difficultés diagnostiques…), avec la peur d'une déshumanisation de la relation médecin-patient (34).

Jusqu'à l'arrêté du 1er août 2018 portant sur l'approbation de l'avenant numéro 6 de la convention médicale nationale qui organise les rapports entre les médecins libéraux et

l'assurance maladie, les actes de télémédecine n'étaient pas pris en charge par l'assurance maladie et la problématique de la rémunération ressortait régulièrement (33) (35).

Cependant, les médecins semblent y trouver certains avantages. Effectivement, elle permettrait de lutter contre la désertification médicale, de limiter les déplacements des personnes âgées (32) (36) et de faciliter les échanges entre médecins généralistes et les autres spécialistes (33) (37).

De plus, une étude met en avant le fait que la télémédecine diminuerait l'isolement des médecins traitants (38). La télémédecine reste donc un réel enjeu de santé publique et de nombreux projets voient le jour afin d'en améliorer son efficience et de répondre au mieux aux besoins actuels de santé.

C'est le cas du projet MisMi qui s'inscrit pleinement dans cette problématique en proposant un service de télémédecine dans 3 EHPAD de la Tarentaise. Cependant, afin de pouvoir améliorer et pérenniser ce nouveau dispositif, il est nécessaire d'en évaluer ses différents aspects.

IV. OBJECTIF

Cette étude s'intéresse particulièrement à évaluer l'acceptabilité d'un dispositif de télémédecine proposé par MisMi dans 3 EHPAD de la Tarentaise, par les médecins correspondants.

V. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Population étudiée

Les médecins ont été invités à rejoindre ce projet après une présentation dans les CME référents pour les EHPAD (Chambéry, Albertville-Moutiers, Bourg-Saint-Maurice).

Par la suite, certains ont été sollicités directement par les contacts que pouvaient avoir les référents des EHPAD, la directrice de thèse ainsi que le directeur de l'IFREMMONT.

Les médecins visés initialement dans le projet sont donc ceux des hôpitaux dont dépendent les EHPAD. De plus, quelques médecins se partagent des postes entre Albertville et Chambéry, ce qui permet à certains volontaires du Centre Hospitalier de Chambéry de s'inscrire dans l'étude.

Il s'agit donc de médecins s'inscrivant dans le réseau hospitalier de proximité.

Ils devaient signer un accord mentionnant diverses informations, dont le but de l'étude, l'engagement du participant et de l'investigateur principal, la liberté du participant ainsi que la confidentialité des informations recueillies.

Il était signé en 2 exemplaires, l'un remis au médecin, l'autre conservé par l'investigateur pour l'étude (cf. annexe 1).

A noter que ce travail de recherche ne s'intéresse donc qu'aux médecins ayant participé au projet MisMi.

B. Méthodologie

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative organisée par entretien individuel semi dirigé débutée en septembre 2018.

Il a été préférable de mener cette étude en méthode qualitative avec une démarche non inductive qui est la plus adaptée pour explorer finement le comportement, les besoins, les attentes, les freins et le sentiment des médecins (39).

En effet, les facteurs qui étaient observés durant cette recherche (médecins et leurs opinions) sont subjectifs et donc non mesurables.

Il y avait un contact réel avec les acteurs afin de mieux cerner le contexte actuel, de déterminer le comportement, les émotions et leurs sentiments. Cela permettait un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soins.

L'entretien semi dirigé a été choisi pour sa souplesse avec un guide d'entretien contenant des questions ouvertes et neutres. L'objectif était de susciter des réponses larges et ouvertes et d'encourager une réflexion individuelle et propre. Cette méthode permettait donc une plus grande fiabilité pour cette étude.

2. Comité de Protection des Personnes

Le projet MisMi est une recherche biomédicale qui met en place de nouveaux moyens de consultation en faisant intervenir différents acteurs que sont les médecins, personnels soignants et patients. Dans ce contexte, le projet ainsi que les différentes thèses en lien, ont fait l'objet d'une validation par le CPP (Comité de Protection des Personnes) (40). Cette demande a été sollicitée par l'IFREMMONT qui a demandé à ce que les fiches de projets de thèses leurs soient communiquées afin d'obtenir leur approbation.

Le projet MISMI a été déposé sous les numéros :

- EUDRACT 2018-002974-37
- NATIONAL 2018-002974-37
- Dossier numéro 18.07.24.47055
- Référence interne : MISMI-EHPAD

3. Description des investigateurs

L'étude a été menée par 2 jeunes médecins généralistes. Il s'agissait de 2 hommes âgés de 27 et 30 ans qui se connaissaient avant le début de l'étude. C'était leur première expérience de recherche scientifique. Ils ont été sollicités par un des acteurs du projet MisMi avec lequel ils n'avaient préalablement aucun lien et n'avaient aucun conflit d'intérêt avec ce projet.

4. Questionnaire

Il a été élaboré afin de pouvoir répondre au mieux à la question de recherche. Une recherche bibliographique a tout d'abord été réalisée afin d'évaluer ce qui a déjà été effectué sur ce thème. Puis les questions ont été construites ouvertes, afin de recueillir au mieux le ressenti de l'interlocuteur (cf. annexe 4). Ce questionnaire était modifiable dans le temps, en fonction des entretiens effectués et de leurs analyses. Pour recueillir le plus d'informations possibles, des questions de relance ont secondairement été rédigées.

5. Organisation des entretiens

Les EHPAD étaient régulièrement contactés afin d'obtenir la liste des téléconsultations effectuées, le nom du médecin intervenant, ses coordonnées ainsi que la date de consultation.

Par la suite les médecins étaient contactés par mail ou par téléphone. Il leur était précisé succinctement l'objectif de l'étude et sa nécessité de réaliser des entretiens semi dirigés en face à face. Une date de rendez-vous était alors fixée.

Chaque entretien débutait avec un rappel des bases du projet MisMi ainsi que l'objectif principal de la thèse. Il leur était signalé que l'entretien se déroulerait en semi dirigé avec des questions successives ouvertes et qu'ils seraient audio-enregistrés par un dictaphone.

Une fiche de consentement était remise au médecin en deux exemplaires (cf. annexe 5), il devait alors la remplir et la signer en la datant du jour.

Ensuite il devait remplir une fiche de recueil reprenant différentes caractéristiques des participants (cf. annexe 6).

A noter qu'il leur était signalé que les données seraient anonymes pour la suite de l'étude.

L'entretien débutait alors par l'enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone téléphonique. L'investigateur s'aidait du guide d'entretien préparé préalablement.

A son terme, le médecin était remercié et il lui était proposé l'envoi des résultats de l'étude.

6. Recueil et analyse des données

Les données recueillies par le dictaphone ont été ensuite enregistrées sur l'ordinateur puis retranscrites intégralement (verbatim), afin de respecter au mieux l'expression des intervenants, sur un fichier Word avec la date de l'entretien ainsi que sa durée exacte.

L'exploitation des données se faisait alors de manière strictement anonyme.

Ce travail de recherche utilisait la méthode qualitative descriptive par thématique (39). Il s'agit d'un processus évolutif et continu qui débute dès le premier entretien. Cela permet à la fois d'adapter le guide d'entretien tout le long de l'étude et de déterminer le moment où survient la saturation des données et ainsi arrêter le recueil des informations.

Pour réaliser cette analyse sémantique, un codage axial des verbatim était réalisé, en fonction de l'idée qu'elle véhiculait. Ces dernières devaient avoir un rapport avec la question de recherche initiale et être issues d'une analyse inductive et non déductive en évitant toute interprétation. Il s'agissait ainsi d'un codage ouvert puisque aucune grille d'analyse n'était préalablement établie.

Elle était réalisée individuellement par chacun des investigateurs pour en augmenter sa fiabilité. Puis ces analyses respectives ont été mises en commun afin de réaliser une

triangulation des données. En cas de désaccord, la directrice de thèse était sollicitée pour les départager afin d'en améliorer l'objectivité.

Au cours des différents entretiens, de nouvelles idées et catégories émergeaient jusqu'à suffisance des données où aucune nouvelle information en lien avec l'étude ne ressorte. Les entretiens s'arrêtaient alors.

Les idées similaires étaient regroupées manuellement en catégories puis les catégories en thèmes plus généraux qui servaient à construire un plan pour la présentation des résultats.

Dans ce plan, chacune des catégories faisait l'objet d'une synthèse descriptive des données recueillies et aucune analyse statistique ne pouvait y être réalisée.

VI. RÉSULTATS

A. Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon

1. Caractéristiques des entretiens

Sur les 9 médecins ayant participé à des téléconsultations dans le cadre de ce projet, 6 ont été interrogés entre le 04/01/2019 et le 09/09/2019, soit un total de 66 %. L'un d'entre eux ne pouvait pas se rendre disponible avant la fin de cette étude. Les 2 derniers, quant à eux, n'ont pas répondu à nos diverses sollicitations par mail et par téléphone.

Les entretiens ont duré de 4 minutes 38 secondes à 13 minutes 13 secondes pour une durée moyenne de 7 minutes et 25 secondes (cf. annexe 7).

Ils ont été réalisés dans le lieu d'exercice de chaque participant, à l'hôpital de Moûtiers et son EHPAD ainsi que celui d'Albertville.

2. Caractéristiques des participants

Sur les 6 entretiens réalisés, tous les médecins étaient des femmes et exerçaient en milieu hospitalier. Leur âge allait de 38 à 64 ans pour une moyenne d'âge de 47 ans.

Leurs différentes spécialités étaient :

- Gériatrie pour deux d'entre elles
- Dermatologie
- Chirurgie cardio-vasculaire
- Anesthésie
- Endocrinologie

Les motifs de téléconsultation étaient :

- Troubles du comportement
- Suivi d'un patient pour consultation mémoire
- Surveillance de plaies à deux reprises
- Consultation pré-anesthésie
- Équilibre d'un diabète insulino-dépendant

B. La télémédecine dans la société

(cf. annexe 8)

1. Contexte actuel

Les participants à l'étude ont soulevé une problématique d'inégalités d'accès aux soins dans le territoire de la Tarentaise. Selon eux, les médecins sont en nombre insuffisant, de plus en plus sollicités et font face à une population vieillissante. Cela aggrave l'isolement des patients, particulièrement ceux en EHPAD qui sont âgés, fragiles et dépendants.

Dans ce contexte, ils ont jugé essentiel d'utiliser tous les moyens disponibles pour lutter contre ces inégalités et se sont alors tournés vers la télémédecine, qu'ils trouvaient pertinente à développer dans l'ensemble du territoire et particulièrement dans les zones isolées : « *je suis sûre que ça va nous offrir des possibilités euh, énormes, et du coup faut-il vivre avec son temps, c'est comme la naissance d'internet* » E6. Pour eux, le médecin devrait occupait une place centrale dans cette nouvelle pratique et son développement.

2. Son intérêt pratique

a) Pour le patient

Les télé-consultants identifiaient dans cette nouvelle pratique de multiples avantages. Ils avaient une démarche qui était centrée sur le patient et ils y voyaient un moyen d'en améliorer leur confort. La télémédecine pouvait leur rendre service et améliorer leur bien être en limitant leurs déplacements pour des avis médicaux. Ils la trouvaient particulièrement pertinente pour cette population fragile, pour qui toute mobilisation en dehors de leur lieu de vie habituel, peut être source de complications allant de la désorientation temporo-spatiale au véritable syndrome confusionnel : « *C'est (...) un bénéfice non négligeable pour les résidents, qui n'ont pas à se déplacer, qui sont des fois un peu moins perturbés quand ils sont dans leur lieu de vie, que quand (...) ils prennent l'ambulance, qu'ils viennent, ils sont (...) moins à l'aise aussi, (...) ils ont moins leur repère, donc pour eux je trouvais que c'était pas mal* » E5.

Dans l'intérêt du patient, pour affiner le diagnostic, elle permettait la réalisation d'un examen clinique approprié.

b) Pour la société

Pour certains praticiens, la télémédecine avait un intérêt plus prononcé en milieu rural qu'en milieu urbain où l'offre de soins y est souvent plus importante. Ils y voyaient une utilité pour répondre à des demandes spécifiques.

Chacun y trouvait son intérêt avec tout d'abord l'État, qui pourrait voir une réduction de ses dépenses de santé grâce à cette nouvelle forme de médecine limitant les déplacements des résidents et leurs complications. Elle pouvait permettre d'économiser du temps et de l'énergie aux différentes parties. Elle devait également être attractive pour les établissements sanitaires en faisant parler d'eux dans ce contexte où ils disposaient de technologies innovantes. Le contact des différents spécialistes avec les soignants présents à la consultation contribuait à une meilleure formation de ces derniers qui pouvaient en faire bénéficier les patients : « *au niveau pratiques gériatriques ils sont quand même contents d'apprendre des choses, ça permet aussi de faire progresser les connaissances des équipes* » E6.

Selon eux, elle rendait service aux soignants qui pouvaient parfois se sentir démunis face aux différents problèmes médicaux de leurs patients : « *les équipes et les patients, on se rend compte tout de suite que ça leur rend service »* E6.

3. Ses indications

Pour les médecins interrogés, ce dispositif de télémédecine avait toute sa place dans le système de soins, que ce soit pour faire de la télé-expertise ou de la téléconsultation et cela pour de nombreuses indications. Ils le trouvaient particulièrement pertinent car il s'adressait à une population à risque, dépendante et donc peu mobilisable.

Elle pouvait leur permettre de mieux suivre les patients, de les revoir, d'étayer les diagnostics, de prescrire des examens complémentaires ou encore d'adapter des éventuelles thérapeutiques : « *on peut quand même (...) avancer, au moins voilà sur le diagnostic, et quitte à demander des examens complémentaires et revoir la patiente* » E4. Et cela avait encore plus de sens pour eux lorsqu'ils les connaissaient déjà : « *si (...) le monsieur (...) n'avait jamais été vu, qu'on commençait par ça, ça m'aurait mise en difficulté* » E3.

Les endocrinologues, chirurgiens vasculaires et dermatologues pouvaient par exemple l'utiliser pour le suivi de plaies tandis que les gériatres s'en servaient pour des bilans mémoire ou des situations plus urgentes comme les troubles du comportement. Les indications n'étaient cependant pas illimitées et certains médecins suggéraient de les cadrer.

C. La télémédecine en pratique

(cf. annexe 9)

1. Son organisation

a) Vue par le médecin

L'organisation de ce système de télémédecine proposé par MisMi était simple, facile et efficace pour la plupart des médecins correspondants : « *on était efficient tout de suite* » E4.

b) Prérequis avant la téléconsultation

La demande de téléconsultation a pu se faire occasionnellement par le médecin de l'EHPAD, mais pour que les consultations puissent réellement se faire, ils devaient tout d'abord donner leur accord pour un motif précis. Il ressortait également des entretiens, qu'ils avaient préalablement eu une présentation de ce système de télémédecine.

Avant de pouvoir réaliser cette consultation, il fallait avant tout trouver une heure et une date commune pour les 3 parties (médecins, personnels soignants sur place et patient). Pour certains cela pouvait s'avérer difficile mais pour d'autres ce n'était pas un problème : *« ça impose effectivement de se trouver un horaire commun mais bon ça sur une consultation c'est quand même assez facile à organiser* » E1. Il a même été possible de réaliser plusieurs téléconsultations de suite.

Ils ont par la suite apprécié que les consultations soient bien préparées en amont, que ce soit au niveau de la logistique (branchements, connexion…) ou de la préparation du patient : « *La patiente est déjà déshabillée (...), les pansements défaits* » E4.

2. Les interactions

a) Avec le patient

Lors de ces consultations, les interactions entre les médecins et les patients étaient souvent peu nombreuses avec un manque d'implication de ces derniers : « *il y avait pas de, d'implication directe, la dame elle n'était pas du tout autonome (...) donc du coup elle était un peu oubliée dans la conversation (...) et finalement je ne me suis pas beaucoup adressée à*

elle » E2. C'était souvent la conséquence de leur grand âge qui pouvait être source de troubles du langage (difficultés à s'exprimer), de troubles sensoriels (surdité, cécité), ou encore des troubles du comportement (agitation), limitant les échanges entre ces 2 parties.

Certains consultants voyaient la console de télémédecine comme un obstacle pour s'adresser aux patients : « *ça met quand même une barrière même si on est à l'aise avec l'outil ça met quand même une barrière pour discuter avec le résident* » E6.

Mais quand ils étaient en capacité de s'exprimer, il a pu être observé une bonne participation de ces derniers pendant la consultation.

b) Avec le corps médical

Ces consultations étaient surtout le lieu d'échange entre le médecin correspondant et le personnel soignant (IDE et AS) ou même parfois le médecin requérant ou la cadre de l'EHPAD. Ils pouvaient ainsi obtenir les renseignements nécessaires autour du patient pour mieux comprendre la situation. Ces derniers pouvaient être transmis oralement ou par l'envoi de documents via la console de télémédecine.

Ils décrivaient également le personnel soignant comme réactif, très utile à la téléconsultation car ils leurs permettaient de réaliser un bon examen clinique en utilisant les différents outils comme le stéthoscope. Il pouvait aussi servir d'intermédiaire en répétant les propos du médecin au patient, pour qu'il ait une bonne compréhension du déroulement de la consultation : « *on a besoin de l'assistance d'une soignante euh, pour répéter, pour faire comprendre* » E6.

Lorsque les médecins connaissaient déjà les soignants, cette nouvelle forme de consultation pouvait leur sembler plus simple.

Il a pu être observé un vrai travail d'équipe avec une consultante qui était physiquement accompagnée d'une infirmière spécialisée dans les plaies pour discuter avec le patient et le personnel soignant à distance d'une prise en charge dermatologique.

Cependant il est arrivé un problème concernant une consultation où la patiente n'a pas été placée devant la caméra et le médecin pensait faire une télé-expertise. Il devait initialement réaliser une téléconsultation avec une patiente mais cette dernière n'apparaissait pas à l'écran : « *puis à la fin je leur dis bah (...) je peux la suivre en téléconsultation et puis je dis la prochaine fois ça serait bien si vous l'amenez dans la salle pour que je la vois, et elle dit : elle est là ! (rires), elles ont tourné la caméra et en fait elle était à côté mais je ne la voyais pas* » E6.

3. Temps de consultation

Pour la plupart des praticiens, il n'a pas été observé de différence concernant la durée de la consultation en elle-même par rapport à un acte classique. En effet, ils décrivaient pouvoir perdre du temps sur la gestion des différents outils de la console, mais à l'inverse ils en gagnaient sur la préparation à l'examen du patient et des différents branchements de la console : « *quand ils sont avec nous, on va prendre le temps de les déshabiller, de les aider, bon en fin de compte ce temps-là je ne l'avais pas, la dame y était déjà, donc ça c'est du temps de gagné quelque part. Après c'est plus la gestion de l'ordinateur, du logiciel… »* E1.

Pour d'autres, moins nombreux, elle restait quand même plus chronophage qu'une consultation habituelle.

4. La logistique

a) Son utilisation pratique

La plupart des médecins n'appréhendaient pas l'utilisation de cette console et de ses différents outils. Ils les ont trouvés accessibles, simples d'utilisation et pratiques : « *l'interface est assez facile, et intuitive* » E6. Pour eux, ce dispositif de télémédecine fonctionnait correctement et aucune grande difficulté technique n'a été décrite.

b) Plateforme et accessoires

Les retours étaient plutôt positifs sur la qualité des images et du son avec l'avantage de pouvoir zoomer sur ce qu'ils souhaitaient :

E4 : « *Le visuel très bon (...), on voyait bien les nuances de couleurs »*

E5 : « *elle a bien, bien entendu ce que je lui disais* »

Ils décrivaient également que l'image pouvait parfois être figée, pixélisée, qu'avec le zoom ils perdaient en netteté. De même la qualité sonore du stéthoscope était médiocre, et il a pu être rencontré des problèmes passagers pour initier la connexion.

Les médecins soulignaient la pertinence du dermatoscope pour étayer le diagnostic, qui jusqu'alors n'a pas été testé, et qu'il était possible via cette plateforme d'envoyer des ordonnances.

c) Aide humaine

Les correspondants pointaient un manque de formation pratique aux différents outils de cette plateforme, ce qui pouvait nécessiter lors de leur première utilisation, qu'un autre acteur de ce projet vienne les aider : « *moi je découvrais hein, il fallait qu'on m'explique tout, savoir ou je devais aller, comment zoomer (...) il a fallu euh… tout me montrer c'est sûr* » E1.

D. Le ressenti du médecin

(cf. annexe 10)

1. État d'esprit avant le projet

a) Leurs connaissances du projet

Les médecins participant à cette étude précisaient avoir été pour la plupart informés du projet MisMi, et avoir reçu des explications quant à l'organisation et le fonctionnement de la console de téléconsultation.

b) Leurs craintes

La télémédecine étant une pratique naissante, les médecins en craignaient plusieurs aspects. La peur de se voir à travers une caméra et celle d'être mal à l'aise en étaient des faits

rapportés. Cela pouvait dépendre du caractère propre des médecins, qui pour certains se décrivaient comme timides.

Le fait de consulter à travers un écran et en présence du personnel soignant était également une inquiétude pour ces consultants qui devaient modifier leurs habitudes.

Les médecins interrogés appréhendaient cette forme de consultation car pressentaient cette technique comme plus chronophage *: « dans mon idée de la téléconsultation ca prendrait plus de temps »* E4. Ce ressenti était accentué par la crainte de ne pas avoir tous les éléments nécessaires afin de mener au mieux la téléconsultation.

D'autres n'en exprimaient aucune méfiance particulière avant le début du projet.

Un médecin, qui était assez investi dans ce projet, avait peur que la télémédecine ne se développe pas assez, mettant en avant un manque de participants.

c) Leurs attentes

Les participants en avaient certaines attentes et se questionnaient sur son fonctionnement. Plusieurs interrogations étaient récurrentes : comment allait se dérouler la téléconsultation, comment se connecter, comment utiliser le logiciel, quelle préparation pour la patiente ou encore comment seront prises les constantes.

Un des motifs pour lesquelles les participants voulaient essayer la téléconsultation était la volonté de tester une nouvelle pratique médicale.

Pour eux, la télémédecine permettait d'échanger avec le personnel soignant des EHPAD, de discuter sur des prises en charge et partager leurs connaissances *: « mais on aimerait bien*

aussi répandre les bonnes pratiques gériatriques et leur dire voilà, quand vous avez ce problème là, faut faire ça » E6.

Le développement rapide de la télémédecine avec plus de médecins y participant était également un souhait souligné : « *il faut qu'on en ait de plus en plus des médecins télé-consultants »* E6.

La console de téléconsultation était munie de divers accessoires, dont un dermatoscope qui, durant l'étude, n'a pas pu être utilisé car les motifs de consultation ne le permettaient pas, mais un des médecins aurait voulu, par la suite, l'utiliser : *« j'aimerais bien faire un essai, en dermoscopie (...) voir vraiment si au niveau du visuel j'ai un bon rendu (...) ça serait intéressant »* E4.

2. Son comportement médical

Les médecins voulaient essayer de ne pas modifier leurs comportements durant la téléconsultation, en estimant qu'il était important de la mener de la même manière et avec la même rigueur qu'une consultation classique.

En comparant les deux formes de consultation, peu de différences ont été retrouvées. En effet, les télé-consultants estimaient qu'ils étaient aussi efficaces et qu'ils n'ont pas été mis en difficulté par cette pratique. Le peu de modifications comportementales était ressenti pour la plupart comme acceptable et n'était pas considéré comme une barrière à l'acte médical. Pour d'autres, le fait de se voir à l'écran pouvait entraîner des changements dans leurs habitudes.

3. Son vécu émotionnel

Une expérience positive a été ressentie par la plupart des médecins participant à l'étude. La téléconsultation était vécue comme une sensation particulière à laquelle ils n'étaient pas confrontés quotidiennement : *« c'est vrai que c'est une forme de consultation un peu différente à laquelle on n'est pas forcément habituée »* E1.

Il y avait une forme d'appréhension avant de débuter la consultation, mais le bon déroulement de celle-ci les rassurait rapidement : *« cette peur là que j'avais finalement elle ne s'est pas concrétisée »* E5.

Les télé-consultants étaient satisfaits de ce projet et de son fonctionnement ainsi que son organisation. Ils trouvaient cela intéressant et étaient agréablement surpris : « *C'est une expérience positive pour moi »* E3.

4. Pouvoir se familiariser

Certains médecins qui pratiquaient déjà une forme de télémédecine par le transfert d'informations, de photos ou autres, trouvaient ce nouveau système encore plus pratique et vivant.

Pour d'autres, c'était leur toute première expérience, ils n'avaient donc que peu de recul sur leur ressenti et leur objectivité, mais ils disaient pouvoir s'y faire, s'y habituer en réitérant cette pratique. Ils affirmaient qu'en pérennisant ce projet, ils seraient de plus en plus à l'aise et auraient moins d'appréhension à débuter une téléconsultation *: « je pense que quand tout le*

monde en aura fait beaucoup, tout le monde sera plus à l'aise, et les gens seront plus détendus » E6.

E. Le devenir de la télémédecine

(cf. annexe 11)

1. Les limites

a) Autour du patient

Ce qui ressortait fréquemment des entretiens était le manque de contact direct avec les patients inhérent de cette forme de médecine : « *il y a une distance qu'on arrive pas à vraiment combler avec l'écran »* E5. Pour eux ce manque de proximité pouvait également interférer sur la qualité de l'examen clinique. Ils trouvaient que ces consultations pouvaient manquer de naturel : « *surtout dans ce domaine-là où on pose des questions (...) on a besoin aussi de voir les réactions des gens »* E5.

Les médecins préféraient être auprès du patient, où ils se sentaient plus à l'aise.

Ils identifiaient des limites en termes de soins, en affirmant que la télémédecine ne pouvait pas être déployée pour toutes les spécialités, ni pour toutes les pathologies ou pour tous les patients. Dans certaines indications la télémédecine avait sa place, mais pour d'autres c'était inenvisageable, nécessitant un examen clinique particulier et plus approfondi.

Certains soulignaient que la surdité des patients pouvait limiter les échanges au cours de la consultation.

b) Autour des soignants

Une limite de la télémédecine avait été mise en avant concernant la formation des soignants. Elle pouvait être utilisée par les médecins pour former le personnel soignant en partageant des conseils pratiques en réponse à certaines situations. Cependant la présence des patients lors de ces consultations limitait ces échanges.

c) Quant à l'organisation

Certains pointaient la difficulté de trouver un horaire commun qui nécessitait la présence conjointe du patient, du médecin, du personnel soignant formé à la téléconsultation et parfois même de la cadre de santé afin de superviser l'entretien. Il pouvait être difficile de fixer un horaire précis, entre les contraintes de chacun.

2. Améliorations proposées

Au cours des entretiens, certains médecins ont soulevé quelques suggestions afin d'améliorer l'efficacité des téléconsultations.

Tout d'abord, par rapport à la formation du logiciel et de la console, il a été montré qu'elle n'était peut-être pas assez longue, et qu'une nouvelle formation serait probablement

nécessaire juste avant la consultation. Ils soulignaient qu'ils n'avaient eu qu'une demi-journée de formation, alors que leur première téléconsultation pouvait être assez éloignée de celle-ci.

Certains médecins proposaient d'instaurer dans leur planning des créneaux de consultations spécifiques à la télémédecine pour augmenter l'efficience de ce système. Ils pourraient par exemple y dédier une demi-journée dans la semaine, ou quelques créneaux par jour.

Un autre point mis en évidence est la relation et les interactions avec les patients. Il s'agissait d'une population âgée et donc potentiellement à risque de troubles de l'audition. Durant les consultations, les résidents pouvaient communiquer avec le médecin par le biais de la console, cependant cela ne suffisait pas toujours. Un casque audio pourrait être proposé aux patients, afin d'améliorer leurs interactions avec le médecin pour qu'ils s'investissent plus dans la consultation : « *ils entendraient tout de suite qu'on s'adresse à eux, ils se sentiraient peut être plus concernés* » E6.

Concernant la qualité de l'image, elle était parfois perçue par le médecin comme de mauvaise qualité, pixélisée et pouvait nuire au bon déroulement de cette consultation Certains proposaient donc d'améliorer l'efficience des différents outils de cette plateforme.

Un médecin a rapporté vouloir travailler sur un support de diabétologie, notifiant les doses d'insuline en fonction des glycémies relevées, qui serait commun à toutes les structures participantes. L'objectif étant de coordonner les résultats et d'améliorer le suivi des patients.

3. Projet à terme

La télémédecine était perçue par certains médecins comme une pratique d'avenir : *« je suis sûre que ça va nous offrir des possibilités euh, énormes »* E6, permettant de rendre service aux patients, aux soignants ainsi qu'aux médecins traitants souvent isolés selon eux.

Il s'agit cependant d'une technologie nouvelle, à laquelle peu de personnes sont habituées. Ils disaient vouloir la voir se développer encore plus, qu'elle entre dans les mœurs des différents acteurs afin d'en pérenniser le projet : *« ça sera mieux, quand ça sera aussi passé dans la pratique quotidienne de tout le monde »* E6.

Les médecins en étaient plutôt satisfaits et aimeraient pouvoir renouveler cette expérience dans leur pratique future.

Ils soulignaient que l'utilisation de la télémédecine doit rester ponctuelle, et qu'il sera nécessaire de fixer les indications.

VII. DISCUSSION

A. Validité de l'étude

1. Les forces de l'étude

Le projet MisMi propose un système de télémédecine innovant et antérieur à sa généralisation en France (remboursement des actes de télémédecine depuis le 15 septembre 2018). Jusqu'alors peu d'études se sont intéressées au ressenti et à l'acceptabilité des médecins correspondants concernant ce dispositif, c'est ce qui fait l'originalité de ce travail.

Pour mener à bien cette mission et répondre au mieux à cette question de recherche, la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés était la plus adaptée. Elle avait comme avantage de faciliter les échanges libres et d'en évaluer au mieux le ressenti des participants. L'analyse par entretien individuel a été préférée à celle des focus groupes. Elle permet de recueillir le ressenti personnel sans qu'il ne soit modifié par une dynamique de groupe.

Cette étude a été rigoureusement menée et répond à plusieurs critères de validité de la grille COREQ qui sont décrit par la suite (41). Elle est constituée de 32 items permettant d'appuyer la validité d'une étude qualitative.

Les caractéristiques personnelles des investigateurs ainsi que leurs relations avec les participants ont bien été mentionnées.

Les différentes procédures utilisées pour la conception de l'étude, ont été détaillées permettant une reproductibilité extérieure à ce travail par d'autres chercheurs.

Concernant l'acceptabilité interne de cette recherche, un rappel du projet et de l'étude était systématiquement fait au début des entretiens. Les médecins devaient signer un accord écrit en 2 exemplaires qui autorisait les investigateurs à utiliser les données recueillies pour l'étude (cf. annexe 5). Le projet MisMi et les travaux de recherche qui en découlent ont également fait l'objet d'une validation par le CPP.

Les entretiens ont été analysés individuellement par chacun des investigateurs. Le codage ouvert a alors été fait en double aveugle puis mis en commun pour une triangulation des données ce qui appuie la validité de ce travail. En cas de désaccord sur les codages ouverts, la directrice de thèse est intervenue pour les départager afin d'en améliorer leur fidélité et d'en limiter un éventuel biais d'interprétation.

L'analyse des différents entretiens a été faite régulièrement en utilisant une démarche non inductive. Les thèmes et sous thèmes déterminés ont été issus de cette analyse et n'étaient pas préalablement identifiés.

Le guide d'entretien réalisé initialement pour répondre à la question de recherche a été modifié dans le temps en fonction de l'analyse successive de ces entretiens afin d'améliorer la pertinence des résultats (cf. annexe 12)

Pour plus de fiabilité, l'analyse des données réalisée par les chercheurs a été faite indépendamment de leurs idéologies et ils affirment n'avoir aucun lien d'intérêt dans cette étude.

2. Les faiblesses de l'étude

Cependant plusieurs limites ont été identifiées.

La principale a été le faible recrutement de médecins participants qui a été plus lent que prévu. En effet, la date du début de l'étude a été retardée par la validation de ce projet par le CPP. Les demandes de téléconsultation ont également mis un certain temps pour entrer dans les habitudes de chacun. Ce n'est que tardivement que le projet a pris de l'ampleur, ne permettant pas l'analyse de nouveaux entretiens. De plus, plusieurs médecins participants n'ont pas répondu aux diverses sollicitations et un dernier pour lequel la consultation se serait mal déroulée, a répondu à une date non éligible pour effectuer correctement cet entretien. D'autres médecins quant à eux ont réalisé plusieurs téléconsultations mais au vu des entretiens, il n'a pas semblé pertinent de revoir les mêmes personnes.

Il en découle un faible recrutement de participants à l'étude. Ceci constitue un biais non négligeable, car une véritable saturation des données n'a pu être effectuée.

Il aurait également été intéressant de recueillir les informations de la consultation qui s'est mal déroulée qui contraste avec les autres pour lesquels aucun problème majeur n'a été rapporté.

Devant le faible nombre de participants, le guide d'entretien initial n'a pas pu être validé et tous les entretiens réalisés ont été intégrés dans cette étude. Il aurait été préférable de pouvoir le tester au préalable sur quelques entretiens afin d'en évaluer et améliorer sa pertinence.

Il aurait pu être intéressant de fournir la retranscription écrite des entretiens aux participants afin d'en faire valider leur contenu.

Par ailleurs, il s'agissait du tout premier travail de recherche scientifique pour les investigateurs, novices en la matière. Cela a pu en influencer la qualité du contenu ainsi que la manière de réaliser ces différents entretiens (41).

Un autre biais inhérent à la méthode qualitative et celui d'interprétation. La parfaite neutralité des investigateurs concernant le recueil et l'analyse des données peut être mise à défaut par leurs représentations propres. Ce biais est cependant nuancé par la triangulation des données.

Tous les participants étaient des femmes exerçant en milieu hospitalier, ceci n'étant pas représentatif de la population médicale. Il aurait été intéressant d'avoir un échantillon composé également d'hommes et exerçant pour certains en libéral. Il est à noter qu'une des participantes à l'étude était également une des actrices du lancement du projet MisMi. Elle était donc directement impliquée, et pouvait être source d'un biais d'intérêt.

B. Interprétation des résultats au vue de la littérature

1. Les enjeux du projet MisMi : attentes et réticences des médecins correspondants

a) Attentes et craintes vis-à-vis du projet

Ce système de télémédecine proposé par MisMi s'inscrit dans cette inadéquation entre les besoins et l'offre de santé dans le territoire français de la Tarentaise. Comme souligné par l'ANAP : « *le 1er facteur clef de succès d'un projet de télémédecine est un projet médical répondant à un besoin* » (42).

Les médecins correspondants étaient curieux de tester cette nouvelle technologie mais ils avaient comme principale préoccupation celle d'une organisation optimale autour de ce nouveau dispositif. Leur activité hospitalière étant déjà suffisamment lourde, ils appréhendaient que cela entraîne une charge de travail supplémentaire comme remarquée dans l'étude du Dr CHAMARET sur les conditions d'acceptabilité sociale d'un outil de la télémédecine dans des EHPAD de la région centre (33).

Ils avaient peur d'être gênés pendant ces consultations et qu'elles leur prennent plus de temps. Ces mêmes peurs étaient retrouvées dans l'étude faite auprès des médecins libéraux français sur la télémédecine du Dr CYPRIANI qui craignaient une *« perte de temps engendrée par l'informatisation de la médecine »* (32). Dans cette enquête réalisée en 2014, il en ressortait également que les médecins interrogés redoutaient de devoir changer leurs pratiques, d'avoir un examen clinique de moins bonne qualité avec la crainte de passer à côté de bon diagnostic.

Les médecins craignaient que cette nouvelle forme de médecine puisse altérer la relation médecin-patient, par un manque de contact direct, comme dans d'autres études où ils s'inquiétaient d'une « *possible déshumanisation de la santé* » (43) (32).

La problématique de la rémunération n'est jamais ressortie au cours de ces différents entretiens contrairement à d'autres travaux de recherche où *« le problème de la tarification des actes apparaît comme un obstacle majeur »* (33) (32).

Ceci s'explique par l'antériorité de ces études à la mise en place de la tarification des actes de télémédecine par l'assurance maladie, mais aussi par le fait que ce projet prévoyait une rémunération propre et qu'il s'agissait de médecins salariés des hôpitaux.

D'autre études se questionnaient sur la responsabilité des médecins quant à cette pratique médicale, notion qui n'est pas ressortie dans ce travail de recherche (33) (32). Cela est peut-

être dû au fait que l'ensemble des médecins interrogés étaient en milieu hospitalier et donc sous la responsabilité administrative et non sous la responsabilité civile professionnelle des libéraux.

b) Des indications discutées

Pour les médecins participants, la télémédecine était plus pertinente à mettre en place dans les zones rurales à faible densité médicale et à destination des résidents difficilement mobilisables des EHPAD. Elle ne devait pas remplacer la consultation dite classique mais lui être complémentaire. Certains médecins interrogés dans une autre étude y voyaient même un intérêt uniquement pour la prise en charge de pathologies aigües (33).

Même si les indications ne sont pas illimitées, elles restent multiples. Elle pouvait être utilisée pour le suivi à distance de ces patients fragiles comme précisé par 2 différents travaux (33)(32), où encore être utilisée pour affiner le diagnostic, adapter une thérapeutique, etc.

c) Bénéfices attendus de la télémédecine

Pour les patients fragiles, la télémédecine avait un avantage certain, permettant de limiter les déplacements et les complications qui en découlent.

Ces bénéfices attendus, particulièrement pour les personnes âgées dépendantes, étaient ainsi confortés par d'autres études (33) (32) (44).

Elle limitait également l'isolement des patients ainsi que des médecins généralistes, améliorant l'accès aux soins et *« une meilleure prise en charge dans les zones à faible démographie médicale* » (32).

Les télé-consultants y voyaient un intérêt économique, en limitant par exemple le coût des déplacements des patients et des médecins et pourrait, une fois bien maîtrisée, leur faire gagner du temps. C'est d'ailleurs ces avantages qui ont déjà été décrits dans d'autres études (33) (32).

Un rapport de l'HAS concernant l'efficience de la télémédecine affirme que pour certaines expérimentations *« l'impact économique est mis en avant, en particulier les bénéfices liés à la réduction du transfert et du déplacement du praticien »* (45).

La télémédecine était un lieu d'échange de pratiques et de partage de connaissances entre professionnels de santé. Elle pouvait permettre au médecin d'expliquer certaines prises en charge, de discuter avec le personnel soignant, de répandre les bonnes pratiques médicales afin d'en optimiser la prise en charge des patients.

Elle était donc vue comme un bénéfice pour la formation continue des soignants et pour la qualité des soins des patients.

Dans cette étude, la mise en place de créneaux de téléconsultation a été évoquée. Elle pourrait permettre d'améliorer l'accès aux spécialistes, parfois difficile, dans les zones à faible densité médicale.

2. La télémédecine à l'épreuve de la pratique

a) Organisation et préparation de la consultation

Ce système de télémédecine semblait convenir aux participants qui l'ont trouvé relativement simple et efficace. Cela imposait de trouver un horaire commun mais en pratique ce sont plutôt les soignants qui ont dû s'adapter à l'emploi du temps du médecin et non l'inverse.

Comme le dit Mme PERRET sur les enjeux de la mise en place de téléconsultations gériatriques : « *la téléconsultation suppose une organisation différente, notamment une coordination entre les équipes de l'EHPAD et le praticien requis dans le cadre de la téléconsultation* » (46).

Ils ont également apprécié que les consultations soient bien préparées en amont. Ils avaient avec eux toutes les informations utiles concernant le patient et ces derniers étaient déjà déshabillés et prêts à être examinés.

Cependant plusieurs médecins soulignent le fait que la formation au logiciel et des différents outils de cette console de télémédecine était insuffisante. Cela a pu nécessiter à plusieurs reprises la présence d'une aide extérieure comme la cadre de l'EHPAD ou encore l'intervention de médecins promoteurs de ce projet pour le bon déroulement de ces consultations. Grâce à cela, elles se sont toutes bien déroulées sans souci majeur, mais cette situation nécessitant une tierce personne n'est pas pérenne dans le temps.

L'ARS de l'Ile de France a instauré sur la période de 2011-2015 un programme régional de santé mettant en place un système de télémédecine entre des patients d'EHPAD et les hôpitaux référents. Le Dr LARUELLE s'est alors intéressée aux différents freins de sa mise en place et à son appropriation (34). Une des causes majeures de son non développement est

celle d'une mauvaise organisation des soins qui sous-tend la télémédecine. Il aurait fallu, selon elle, élaborer un meilleur modèle organisationnel et médico-économique.

Concernant le projet MisMi, il a été très clairement défini un modèle organisationnel et des rémunérations fixes avec des financements européens. Les bons retours des participants peuvent donc laisser sous-entendre que l'organisation de ce système de télémédecine est simple, pratique et efficient pour les consultants.

b) Des échanges inédits

Certains médecins décrivaient avoir eu des difficultés pour communiquer avec les patients, ce qui pouvait parfois être vu comme un obstacle à la consultation. Cependant, ce manque d'interactions entre le médecin et le patient était inhérent aux conditions physiques de ce dernier. En effet, les troubles sensoriels ou confusionnels sont des freins à la communication, que ce soit dans le cadre d'une consultation classique ou à distance.

Les échanges avec les soignants, quant à eux, étaient ressentis comme un réel bénéfice pour la prise en charge des patients, de même que le partage de connaissances entre professionnels. Dans une revue française de sociologie sur les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales, l'auteur souligne que cette pratique permet de faire rencontrer des professionnels qui n'auraient probablement pas échangé lors d'un acte médical classique, et facilite la *« transmission des connaissances »* (47).

Un autre relate que « *La télémédecine favoriserait les échanges, les dialogues entre médecins traitants et spécialistes, aiderait à la prise de décision commune »*, concordant ainsi avec les résultats de notre étude (33).

Les médecins ont également apprécié que le personnel soignant soit réactif et aidant. Il a effectivement un rôle essentiel dans le bon déroulement de la consultation et il est important de maintenir de bons contacts avec lui lors de ces échanges afin de pérenniser le projet.

c) La logistique : déterminant de la télémédecine

Durant l'étude, les téléconsultations se sont déroulées sans réel problème technique. Les médecins ont trouvé cette console et ses différents outils comme simples d'utilisation et pratiques.

La qualité de l'image et du son était plutôt bonne, avec cependant quelques problèmes mineurs (image plus floue au zoom, image parfois pixélisée). Ces soucis techniques n'ont pas été mis en évidence dans toutes les structures d'utilisation, ce qui laisserait penser à un défaut de connexion ou de réseau, et donc perfectible à l'avenir. Pour ce qui est du stéthoscope la qualité sonore serait très médiocre et donc peu pertinent dans l'examen et le dermatoscope qui est un outil essentiel du dermatologue n'a pas encore pu être testé.

C'est important de souligner ces différents points car le bon déroulement favorise l'adhésion présente et future des participants dans la pratique de cette discipline.

En effet, différents freins à la mise en place de la télémédecine en EHPAD ont déjà été soulevés : *« la complexité d'utilisation et d'initialisation des sessions de télémédecine est considérée comme un frein à son usage régulier et elle entraîne un abandon progressif de la pratique » (34)*. Il paraît donc indispensable de mettre en place des services techniques de qualité afin de pouvoir pérenniser la télémédecine.

A noter qu'une téléconsultation s'est mal déroulée et n'a pas pu aboutir suite à un problème technique. Il aurait été intéressant de pouvoir recueillir le ressenti de ce médecin qui

contrasterait probablement avec celui de ses confrères. Cela aurait pu permettre de mieux cerner le problème et peut-être d'en proposer des pistes d'amélioration. Malheureusement, ce médecin a répondu très tardivement et n'a pu être inclus dans l'étude.

d) Des ressentis qui divergent

Finalement les médecins participants ont bien vécu cette nouvelle expérience et étaient agréablement surpris. Les avoir initialement informés du projet et leur demander leur accord sans leur imposer a pu être un facteur favorisant l'acceptation de ce système et de ses différents outils. En comparaison, dans une étude déjà citée, l'acceptabilité d'un système de télémédecine par les différents acteurs était limitée car ressentie par certains comme imposé de force (33).

La plupart de leurs craintes initiales ne se sont finalement pas concrétisées. Ceux qui appréhendaient de se voir à l'écran, d'être gênés, étaient plutôt à l'aise. Ceux qui craignaient des problèmes logistiques ou d'organisation étaient rapidement rassurés par le bon déroulement de la consultation.

Ils n'ont pas vu de grands changements dans leur comportement médical qui était sensiblement le même que pendant une consultation classique et n'ont pas exprimé avoir eu des difficultés à poser le diagnostic.

Les médecins interrogés durant l'étude n'ont pas trouvé cet acte plus chronophage qu'une consultation classique. Ils pensaient initialement perdre du temps sur la logistique, mais ils en gagnaient en réalité sur la préparation des patients qui peut parfois être longue chez ces sujets âgés (temps de se déshabiller, réfection des pansements, etc.).

Ce travail contraste avec une étude de l'ANAP concernant différentes expérimentations de télémédecine en Midi-Pyrénées qui a démontré que la téléconsultation était 2 à 3 fois plus longue qu'une consultation normale (42) et une étude sur les conséquence des innovations technologiques sur les professions médicales qui conclut que *« le gain de temps procuré par la télémédecine ne fait pas encore consensus »* (48).

Elle peut ne pas être plus longue pour le médecin, mais il est important d'évaluer ce qui se passe autour de cette consultation (préparation du patient, mise en route de la console, connexion, etc.) et peut cependant prendre plus de temps pour les soignants qui l'entourent. De plus, cette étude ne permet pas de conclure objectivement sur le gain ou la perte de temps car les durées réelles de consultations n'ont pas été évaluées, il s'agit là d'un ressenti.

Le vécu des médecins participants ressort généralement comme positif. Ceci s'explique par la bonne organisation et le déroulement de ces consultations, mais peut-être aussi par un recrutement biaisé, les médecins ayant accepté d'être interrogés sont possiblement ceux n'ayant rencontré aucune difficulté. De même, les médecins participants à l'étude le faisaient sur la base du volontariat. Ce travail de recherche s'intéresse donc à des médecins qui avaient cette envie initiale d'essayer cette forme de médecine et avaient ainsi leurs propres représentations et attentes de la télémédecine qui pouvaient influencer leurs ressentis.

Il aurait donc été intéressant pour être plus pertinent, de recueillir le vécu de plus de médecins, dont ceux pour qui cela s'est mal déroulé.

3. L'avenir de la télémédecine

a) Les freins de son développement

Malgré les nombreux avantages identifiés par les médecins, la télémédecine reste limitée. Elle ne peut pas répondre à tous les besoins et doit être utilisée ponctuellement pour des patients et des pathologies bien déterminés.

Concernant l'examen clinique, il était réalisé à la demande du praticien, par le personnel soignant. Mais pour qu'il soit de qualité, il nécessite de l'expérience pratique et une formation appropriée, ce qui n'était pas le cas de ces soignants. Il était donc, comme le soulignaient les praticiens, limité et ne pouvait pas répondre à toutes les demandes. Dans une autre étude, ils parlent même d'un *« examen clinique incomplet avec risque accru d'erreur* » qui pourrait induire des erreurs diagnostiques (32).

Les expressions spontanées du patient et ses mimiques, qui sont des éléments essentiels de communication non verbale lors d'une consultation, pouvaient ne pas être perçues par le médecin du fait d'un manque de proximité induit par l'interface de la console. Ce manque de naturel, était déjà décrit par d'autres praticiens (32) qui exprimaient un *« manque de l'intuition que l'on peut éprouver au contact d'un patient »* et pouvait interférer secondairement sur leurs décisions finales.

Un des freins au développement de la télémédecine pouvait être « *l'alourdissement de la charge de travail pour le médecin et les professionnels de santé de l'EHPAD »* (34). Cela n'a été ressenti par aucun des médecins interrogés et n'est donc pas un frein identifié pour le développement de ce projet. Cependant, les médecins interrogés dans notre étude ne le

mentionnaient pas, mais il serait intéressant d'évaluer ce ressenti auprès du personnel soignant.

Les médecins interrogés au cours d'un autre travail de recherche ont rapporté le manque de temps à y dédier comme un des principaux freins à son développement (33). C'est un élément qui n'est pas ressorti dans cette étude et cela probablement pour plusieurs raisons. Les participants étaient cette fois-ci tous volontaires et donc directement intéressés par ce projet, ce qui n'était pas le cas de ceux interrogés par le Dr CHAMARET qui avaient le sentiment que cela leur était imposé. Ils travaillent également tous en milieu hospitalier et n'avaient donc pas à prendre en compte une éventuelle problématique de rémunération. Il aurait été intéressant d'avoir des médecins libéraux, qui auraient pu voir cette pratique comme une perte de temps pour une rémunération insuffisante (33) (32).

b) Des améliorations nécessaires

Les participants étaient satisfaits de l'étude et souhaitaient, pour la plupart, continuer la pratique de la télémédecine. Cependant quelques améliorations ont été proposées pour perfectionner le dispositif.

Ils estimaient ne pas avoir eu de formation suffisamment longue sur les différents outils de cette console pour la maîtriser au mieux. Cet apprentissage initial semble toutefois essentiel pour minimiser les problèmes techniques et obtenir une adhésion des participants. D'ailleurs, le Dr ESPINOZA, s'intéressant à la télémédecine en EHPAD, disait que : *« beaucoup de professionnels sont en attente de formations, c'est un point primordial de l'aide au changement »* (48). On pourrait penser qu'à terme, en réitérant les consultations avec ce même logiciel et cette même console, ces mêmes télé-consultants seraient plus à l'aise et n'auraient

plus besoin d'aide extérieure pour la logistique. Par ailleurs, pour les nouveaux participants, il pourrait être intéressant de leur proposer une formation plus appropriée.

Il est également important, pour le bon déroulement de la consultation, de minimiser au maximum les problèmes techniques qui peuvent être source d'impatience et de pertes de temps dans le but d'obtenir l'adhésion pérenne des médecins participants. Les quelques problèmes logistiques identifiés dans cette étude (images, connexion, etc.) laissent à penser que des améliorations sont encore possibles et réalisables à l'avenir.

Pour faciliter la prise de rendez-vous, certains médecins suggèrent de mettre en place dans leur planning un pool de consultation spécifique à la télémédecine. S'il en était ainsi, et si les soignants en faisaient de même sur des créneaux similaires, il serait probablement plus simple de trouver un horaire commun.

Il était proposé par un des médecins d'améliorer les échanges avec le patient par l'ajout d'un casque audio. Par la suite HOPI médical a confirmé que la console comprenait bien une sortie jack et qu'il pourrait être possible d'y connecter des casques audio (dans l'idéal 2, un pour le soignant et un pour le patient).

C. Questionnements et ouvertures autour de la télémédecine

Un des objectifs du projet MisMi était de proposer un système de télémédecine dans le but de réduire les inégalités d'accès aux soins dans ces zones montagneuses. Cependant, des médecins ne voyaient pas tous la télémédecine comme une solution à ces problèmes *:*

« concernant les déserts médicaux, lorsque leur existence était ressentie comme réelle, la télémédecine n'était pas vue comme une réponse au problème, mais plutôt comme un moyen de pérenniser ces déserts par un cercle vicieux » (32). Pour eux, elle n'encourage pas les autorités à rendre ces territoires plus attractifs afin d'inviter les nouveaux médecins à s'y installer. Cette information est en désaccord avec nos résultats où les praticiens y trouvaient particulièrement un intérêt pour dynamiser l'accès aux soins de ces zones sous médicalisées, fait également appuyé par une étude sur l'impact économique de la télémédecine affirmant que « *le développement de la télémédecine s'inscrit dans une volonté progressiste de faciliter l'accès aux soins »* (49). Il pourrait donc être intéressant d'évaluer à distance de ce projet, l'impact de la télémédecine sur les déserts médicaux et l'accessibilité médicale.

De même, s'il se pérennise, de nouveaux travaux de recherche pourraient être réalisés à distance, pour évaluer au mieux le ressenti de ces consultants probablement plus nombreux. Pour la plupart des médecins interrogés, il s'agissait de la première ou deuxième téléconsultation. Avec plus d'utilisations et de recul sur ce dispositif, on pourrait penser que le ressenti des médecins serait plus riche d'expériences positives ou négatives et permettrait une véritable saturation des données.

Il s'agissait d'un projet novateur qui a débuté avant l'entrée en vigueur officielle en France de la rémunération par l'assurance maladie, des téléconsultations et télé-expertises. Il y a plusieurs années, un des freins de la télémédecine était celui de la rémunération certains disaient qu'il était « *probable que la définition de règles de rémunération de l'acte de télémédecine en libéral soit le passage incontournable et probablement déclencheur d'une utilisation plus générale »* (32) . Le projet MisMi, qui débutait en janvier 2017, était ainsi novateur car il prévoyait une rémunération fixe des médecins, libéraux et hospitaliers afin de les inviter à entrer dans l'étude. Mais l'arrêté du 1 août 2018 marque la fin des

expérimentations de financement des actes de téléconsultation et de télé-expertise et le basculement dans un financement de droit commun (35). Il porte sur l'approbation de l'avenant numéro 6 de la convention médicale nationale qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie et propose des rémunérations propres de ces 2 actes depuis septembre 2018. Les 3 autres axes de la télémédecine que sont la téléassistance, la télésurveillance et la régulation restent encore au stade d'expérimentation sans codification de financement. Ces nouvelles cotations vont donc probablement permettre à la télémédecine de prendre de l'ampleur.

Cependant, à l'heure actuelle, peu d'études ont été réalisées pour évaluer les éventuels bénéfices financiers de la télémédecine. On en retrouve toutefois une datant de décembre 2018 qui s'y est intéressée, concernant la prise en charge de 3 pathologies chroniques (l'hypertension artérielle, le diabète et le cancer de la prostate) et il en ressortait que : *« la télémédecine a un impact significatif sur la dépense de prise en charge puisqu'elle permettrait de réduire de 6 à 21% le coût de la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques »* (49). Il serait alors intéressant, à l'issue du projet MisMi et surtout si ce dispositif se pérennise, d'en évaluer les coûts réels (location ou achat de la console, rémunération des soignants et médecins, etc.) et de les comparer à ceux sans l'apport de la télémédecine (transports et éventuelles complications, etc). Il serait également pertinent d'évaluer ses apports en santé : cette forme de médecine permettrait-elle de prévenir certaines complications, de prendre en charge plus précocement les patients, d'obtenir un meilleur suivi et d'adapter au mieux les thérapeutiques ? Là encore très peu d'études existent sur ce sujet et il pourrait être utile d'en étudier ces différents aspects.

La plupart des dispositifs de télémédecine font appel à des prestataires privés et se pose alors la question de la protection numérique des données personnelles. Ils ont toutefois l'obligation

de signer un contrat de sous-traitance. Celui-ci précise l'engagement de confidentialité des informations numériques par ce prestataire et ce dernier se doit de prendre toutes les mesures de sécurité requises (50).

Concernant ce travail de recherche, il s'attachait particulièrement à évaluer le ressenti des médecins concernant ce dispositif de télémédecine, mais pour qu'il soit pérenne, l'acceptabilité des soignants et des patients est tout aussi essentielle. C'est pourquoi 2 autres travaux de recherche les ont étudiées, et pourraient identifier d'autres freins à son développement.

Le projet MisMi prenant fin en janvier 2020, les EHPAD correspondants auront la possibilité, dans le but de poursuivre ces actes de télémédecine, de racheter à faible prix la console au prestataire HOPI MEDICAL, en payant mensuellement une adhésion au logiciel.

THÈSE SOUTENUE PAR :
Damien GROISON et Grégoire DHUICQ

TITRE :
Actes de télémédecine dans 3 EHPAD de Tarentaise : vécu des médecins correspondants.

CONCLUSION :

La Tarentaise, région montagneuse française, voit sa population vieillir et ses médecins en activité régulière diminuer. Il en résulte une inégalité d'accès aux soins et particulièrement pour les personnes résidant en EHPAD. En parallèle, de nouvelles technologies voient le jour et tentent de pallier cette problématique.

Cette étude qualitative était menée afin d'évaluer le ressenti et l'acceptabilité des médecins concernant un dispositif de télémédecine dans 3 EHPAD de la Tarentaise.

Cette nouvelle discipline, encore peu connue des praticiens, suscitait diverses interrogations. Ils craignaient que cela engendre un alourdissement de leur charge de travail déjà conséquente. Préoccupés de la qualité relationnelle avec leurs patients, ils appréhendaient que celle-ci soit altérée par la numérisation des échanges. Toutefois, dans l'intérêt des patients, ils trouvaient la télémédecine pertinente pour cette population, en facilitant l'accès aux soins et en limitant leurs déplacements et leurs complications.

En pratique, les praticiens ont déploré des échanges peu nombreux avec les patients, souvent inhérents à leurs conditions physiques. Ces consultations étaient néanmoins le lieu d'interactions inédites avec les soignants et pouvaient faciliter la transmission de connaissance entre professionnels.

Les télé-consultants avaient pour la plupart vécu positivement cette expérience et étaient prêts à la renouveler. Ils ont apprécié la bonne organisation de ces consultations ainsi que la simplicité d'utilisation des différents outils de la console, ne constituant pas un frein à son usage régulier comme rapportés dans d'autres travaux de recherches.

La plupart de leurs craintes ne se sont pas concrétisées. Ils étaient plutôt à l'aise lors de ces consultations qui n'étaient pas ressenties comme chronophages contrairement à d'autres études, et aucun problème technique majeur n'a été identifié. Ceci favorisait l'adhésion des participants dans la pratique de cette discipline.

Malgré les nombreuses possibilités offertes par la télémédecine, les médecins gardaient quelques réserves. Pour eux, elle n'avait pas sa place pour toutes les pathologies ni pour tous les patients et ne pouvait remplacer complètement la consultation physique habituelle. L'examen clinique restait limité et le manque de proximité avec le patient, induit par la console, pouvait limiter l'interprétation des échanges non verbaux.

Pour améliorer ce dispositif, certains proposaient de mettre en place une formation initiale plus importante, de perfectionner la logistique devant la présence de problèmes mineurs sur le son et l'image et d'instaurer dans leurs plannings des consultations dédiées à la télémédecine pour faciliter la prise de rendez-vous.

Les résultats semblent alors favorables au développement de cette pratique. Il était également essentiel, à l'issue de deux autres études parallèles, de prendre en compte les témoignages des patients et des soignants, afin d'évaluer au mieux ce dispositif.

Jusqu'alors, la problématique de la rémunération des actes de télémédecine était considérée comme un frein majeur à son développement, mais la tarification récente de la téléconsultation et de la télé-expertise en 2018 pourrait être un tournant majeur de son développement. Les données numériques recueillies doivent toutefois interroger constamment sur la bonne protection de celles-ci.

Avant cette étude, certains médecins ne voyaient pas la télémédecine comme une solution mais plutôt comme un moyen de pérenniser les déserts médicaux. Il serait alors intéressant, à la fin de ce projet, d'en évaluer l'impact sur l'accessibilité médical mais également sur les éventuels bénéfices économiques et sanitaires apportés par cette pratique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 4 Novembre 2019

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. COUTURIER

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826

2. La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise — Géoconfluences [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html

3. Atlas 2017 de la démographie médicale en France – Permanence téléphonique médicale [Internet]. [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: http://medifil.eu/atlas-2017-demographie-medicale-france

4. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins/ Rapport du ministère de la santé [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

5. DGOS. La télémédecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine

6. Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - Article R6316-1. Code de la santé publique.

7. Ryu S. History of Telemedicine: Evolution, Context, and Transformation. Healthc Inform Res. mars 2010;16(1):65‑6.

8. Union Régionale des Professionnels de Santé. La télémédecine - Historique [Internet]. [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: http://www.urps-ml-corse.com/index.php/actions/dossiers/81-la-telemedecine

9. Larang L. [Internet]. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: https://www.telesante-midipyrenees.fr/portail/actualites/toutes-les-actualites/gallery_files/site/397/820/835.pdf

10. Haute Autorité de santé - Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation - juin 2011 [Internet]. [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf

11. Bongiovanni I. Haute Autorité de santé. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine. Article 36 de la LOI n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 2014;62.

12. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte

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

14. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.

15. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 - Article L1111-4. Code de la santé publique.

16. Décret n°2016-1066 du 3 aout 2016 - Article R4127-36 - Code de la santé publique.

17. Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - Article R4127-35. Code de la santé publique.

18. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - Article L1111-2. Code de la santé publique.

19. Article 4 - Secret professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913

20. Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - Article L1110-4. Code de la santé publique.

21. LOI n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

22. Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2007-960 mai 15, 2007.

23. Morlet Haïdara L. La télémédecine et la protection des données de santé par la loi informatique et libertés [Internet]. BNDS (Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale). 2012 [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: https://www.bnds.fr/revue/rgdm/rgdm-44/la-telemedecine-et-la-protection-des-donnees-de-sante-par-la-loi-informatique-et-libertes-4038.html

24. Lucas J. Télémédecine : Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Janvier 2009;22.

25. DGOS Télémédecine et responsablites juridiques engagees 2012 [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2017-06/8_tlm_DGOS_responsablites_juridiques_engagees_2012.pdf

26. Tarentaise Vanoise - Observatoire des Territoires de la Savoie [Internet]. [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: http://www.observatoire.savoie.equipement-agriculture.gouv.fr/Communes/scot.php?SIREN=200000001

27. Professionnels de santé au 1er janvier 2017 | Insee [Internet]. [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_departements

28. Diagnostic-local-de-Santé_juin-2015.pdf [Internet]. [cité 13 juill 2019]. Disponible sur: https://www.tarentaise-vanoise.fr/wp-content/uploads/2018/01/Diagnostic-local-de-Sant%C3%A9_juin-2015.pdf

29. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux. Qualité de vie en EHPAD (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements_de_contexte___qdv4.pdf

30. Montani C, Billaud N, Couturier P, Fluchaire I, Lemaire R, Malterre C, et al. « Telepsychometry »: a remote psychometry consultation in clinical gerontology: preliminary study. Telemed J Off J Am Telemed Assoc. 1996;2(2):145‑50.

31. Couturier P, Tyrrell J, Tonetti J, Rhul C, Woodward C, Franco A. Feasibility of orthopaedic teleconsulting in a geriatric rehabilitation service. J Telemed Telecare. 1998;4 Suppl 1:85‑7.

32. Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/493987/

33. Chamaret S. Quelles sont les conditions d'acceptabilité sociale d'un nouvel outil de télémédecine dans des EHPAD de la région Centre ? [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2014.

34. Laruelle Sebai C.Freins à la mise en place et à l'appropriation de la télémédecine en EHPAD en Ile-de-France du point de vue de médecins d'EHPAD [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2014-2015/18%20-%20Memoire%20LARUELLE%20SEBAI%20Christine.pdf

35. 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 | Legifrance [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/8/1/SSAS1821639A/jo/texte

36. Télémédecine et dossier médical personnel : Perceptions et attentes des médecins généralistes [Internet]. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096631/2013MCEM638/fichier/638F.pdf

37. Mathieu-Fritz A, Smadja D, Espinoza P, Esterle L. Télémédecine et gériatrie, Télémédicine and geriatrics older patient' place in the telegeria network of remote medical consultation facilities. Gérontologie Société. 6 juill 2012;35 / n° 141(2):117‑27.

38. Remande A. Motifs de recours des médecins généralistes à la télémédecine à partir de deux expérimentations [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/104/

39. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2014. 149 p.

40. Ordonnance n°2018-1125 du 12 décembre 2018 - Article L1123-7. Code de la santé publique.

41. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50‑4.

42. ANAP -La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/la-telemedecine-en-action-25-projets-passes-a-la-loupe/

43. Cayrol C - thèse professionnelle. Télémédecine 2010 [Internet]. calameo.com. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/00058599838b107ebeea5

44. Formatic Paris 2013 : Les facteurs clés du succès d'un projet de télémédecine : l'expérience de Télégéria [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/formatic_paris_2013_les_facteurs_cles_du_succes_d_un_projet_de_telemedecine_l_experience_de_telegeria.11998

45. Haute Autorité de Santé - Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1622477/fr/efficience-de-la-telemedecine-etat-des-lieux-de-la-litterature-internationale-et-cadre-d-evaluation

46. Perret V. les enjeux de la mise en place de téléconsultations gériatriques : l'exemple du Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/dessms/perret.pdf

47. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Rev Francaise Sociol. 11 juin 2013;Vol. 54(2):303‑29.

48. Esterle L, Mathieu-Fritz A, Espinoza P. L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?, The impact of remote consultations on medical practices. towards a new medical profession? Rev Fr Aff Soc. 16 déc 2011;(2):63‑79.

49. Une enquête inédite sur l'impact économique de la télémédecine sur les dépenses de santé en France [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://www.leem.org/presse/une-enquete-inedite-sur-limpact-economique-de-la-telemedecine-sur-les-depenses-de-sante-en

50. Le point sur la téléconsultation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/point-teleconsultation

IX. ANNEXES

Annexe 1 : Demande de téléconsultation

MisMi EHPAD

Demande de téléconsultation

Identité du patient, zone à anonymiser avec clôture du cahier NOM : PRENOM : Date de naissance : EHPAD :
Date de la demande : Spécialité : Mode envoi (entourer) : MAIL / FAX / TELEPHONIQUE
Rappels des ATCD, de la clinique, motif de la demande : □ le patient ou son tuteur a accepté la demande de téléconsultation
Suivi de l'envoi (à anonymiser à la clôture du cahier) Identité du praticien : Centre de rattachement : CHAM /BSM / CHMS / LIBERAL Date de la réponse :
Téléconsultation : ACCEPTEE / REFUSEE Si acceptée date et heure de la téléconsultation : Si refusée, motifs du refus :

Annexe 2 : Fiche de renseignements téléconsultation soignant

MisMi EHPAD : fiche soignant

Identité du patient, zone à rendre anonyme avec clôture du cahier NOM : PRENOM : Date de naissance : EHPAD :
Date et heure de la téléconsultation : CHAMBRE/SALLE DEDIEE Identité de l'aide à la téléconsultation : Fonction : Nom du médecin présent si télé expertise :
(à rendre anonyme) Identité du praticien téléconsultant : Spécialité :
Heure préparation matériel : Heure installation patient : Heure de début de la téléconsultation : Heure de fin de la téléconsultation : Heure de fin pour le patient : Heure de fin de rangement du matériel : Matériel utilisé (rayer les mentions inutiles) : VIDEO / STETHOSCOPE / ECG / OTOSCOPE / DERMATOSCOPE / CAMERA HD / TA / SPO2 Résultat : Téléconsultation suffisante / Nouvelle Téléconsultation à prévoir
Commentaires libres :

Annexe 3 : Fiche de renseignements téléconsultation médecin

MisMi EHPAD : fiche télé consultant

Identité du patient, zone à rendre anonyme avec clôture du cahier NOM : PRENOM : Date de naissance : EHPAD :

(à rendre anonyme) Identité du praticien téléconsultant : Spécialité :

Commentaires, compte rendu de la téléconsultation :
Résultat : Téléconsultation suffisante / Nouvelle Téléconsultation à prévoir Consultation physique urgente / Consultation physique à prévoir

Annexe 4 : Questionnaire initial

EXPÉRIENCE PERSONNELLE

- Qu'avez-vous pensé de cette expérience de téléconsultation ?

ATTENTES DU MÉDECIN

- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez accepté d'entrer dans ce projet et quelles en étaient vos attentes et vos craintes ?

MODIFICATION DU COMPORTEMENT

- Votre comportement médical a-t-il été différent lors de cette consultation par rapport à une consultation classique ?

AMÉLIORATION DU DISPOSITIF ET DIFFICULTES RENCONTREES

- Quelles suggestions avez-vous pour améliorer ce dispositif, au vu des éventuelles difficultés rencontrées, pour que vous acceptiez d'envisager la téléconsultation dans votre exercice futur?

AUTRE

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 5 : Fiche de consentement

Je, soussigné déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : MISMI - EHPAD

Sous la direction de (nom du directeur de recherche) : Docteur Pascal ZELLNER
Promoteur : IFREMMONT Hôpital de Chamonix Mont Blanc, 509, Route des Pèlerins, 74400 Chamonix-Mont-Blanc

Investigateur principal : Docteur Pascal ZELLNER

But de l'étude : étudier la faisabilité, les services rendus, le ressenti des protagonistes (patient/famille, soignants, médecins) de la téléconsultation en EHPAD. L'étude va consister à évaluer, sur les 3 axes cités ci-dessus, l'apport de la téléconsultation dans des EHPAD de zone de Montagne dans le cadre du programme Alcotra Mismi.

Engagement du participant : le participant en tant que praticien de santé, libéral ou hospitalier s'engage à tester l'outil de téléconsultation mis en place dans le cadre du projet. Il s'agit de l'unité de téléconsultation proposée par la société HOPI medical qui a été retenue par le comité de pilotage. *Le projet a été validé par les CME du CHAM et du CHMS. La téléconsultation est autorisée en tant qu'acte médical dans le code de la santé publique*. Le participant s'engage à examiner chaque demande de téléconsultation qui lui est adressée par fax ou mail. S'il juge que le contexte clinique ne permet pas la réalisation d'une téléconsultation, il le notifie en page 2 du cahier de téléconsultation. Le patient sera alors vu en consultation physique.

Si la téléconsultation est acceptée, le rendez-vous est inclus dans le planning habituel du praticien. Au terme de la téléconsultation un compte rendu est joint au cahier de téléconsultation, le praticien peut décider de faire hospitaliser le patient, de programmer une téléconsultation ou une consultation physique. Il précise cette information sur le compte rendu.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les

réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1, 3, 5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à le en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant L 'investigateur principal

Annexe 6 : Fiche de recueil

Fiche de recueil des participants

Date :

NOM :

PRÉNOM :

Sexe : Masculin/Féminin

Âge :

Spécialité :

Type d'exercice :

Nombre de téléconsultations réalisées pour ce projet :

Annexe 7 : Les entretiens

Entretien 1 :

I1 : « D'accord très bien. Donc du coup durant cette consultation, votre comportement médical a-t-il été différent que lors d'une consultation classique ? »
E1 : « Ouais ouais probablement un petit peu car c'est vrai ça fait un peu bizarre euh… au début quoi, c'est pas, pas très, très habituel, euh… voilà, moi j'ai un contact assez facile avec les gens et puis là en fin de compte on se sent un peu, euh… »
I1 : « Donc du coup, la première question, c'est qu'avez-vous pensé de cette expérience de téléconsultation ? »
E1 : « Ouais bah moi j'ai trouvé que c'était, c'était pas mal hein, c'est vrai que ce n'est pas inintéressant, euh… en terme d'accessibilité bon c'est assez, assez facile si ce n'est que là j'avais quelqu'un pour m'aider à le mettre euh… à le mettre en place, mais ça n'avait pas l'air trop compliqué, bon après ça impose effectivement de se trouver un horaire commun mais bon ça sur une consultation c'est quand même assez facile à organiser. Euh en terme de visuel euh… j'ai trouvé que ce n'était pas si mal que ça, parce que c'est vrai que parfois entre la réalité et puis le, le, le visuel qu'on pourrait avoir sur l'écran il y a un petit, un petit changement mais là ce n'était pas si mal et puis après bah… évidemment ça a ses limites euh… en terme de soins mais pour des plaies comme ça chez des patients qui sont âgés euh et difficilement mobilisables, je crois que ça a vraiment sa, sa place hein. »
I1 : « Ouais ouais… »
E1 : « Nous on le fait déjà pas mal hein puisqu'on le fait avec les… enfin des photos hein. »
I1 : « D'accord. »
E1 : « C'est vrai que moi les, les, les médecins, enfin les médecins, les infirmières à l'extérieur je leur demande parfois de m'envoyer juste des photos. Mmmh… Donc là c'est vrai que c'est un petit peu plus vivant que la, la photo donc ce n'est pas inintéressant, on peut zoomer un peu sur la lésion. »
I1 : « Mmmh d'accord. »
E1 : « A approfondir dans tous les cas. »
I1 : « D'accord très bien ! Et les raisons initiales pour lesquelles vous avez accepté d'entrer dans ce projet, si vous aviez déjà des craintes euh… avant ? »
E1 : « Non non non j'en avais aucune du fait que moi je le fais pas mal avec les photos, euh, je trouve qu'en vasculaire pour les plaies ça s'y prête bien, après je pense qu'il y a plein d'autres disciplines où c'est inenvisageable mais il faut avoir un examen clinique plus approfondi mais non non je n'avais pas de… »
I1 : « D'accord. »
E1 : « Pas d'appréhension particulière en tout cas ! Un petit plus mal à l'aise, euh… euh… le fait de se voir déjà, même si la place est petite sur l'écran, mais c'est vrai que c'est un peu surprenant mais euh… voilà »
I1 : « D'accord. »
E1 : « Je pense qu'on peut s'y habituer aussi hein. »
I1 : « D'accord, donc il n'y avait pas de difficulté particulière euh…"
E1 : « Non pas de grosse difficulté, c'est vrai que c'est une forme de consultation un peu différente à laquelle on n'est pas forcément habitué. »
I1 : « Ouais. »

E1 : “Et je pense qu’il ne faut, faut pas le faire en systématique quoi, pour moi ça reste un usage plutôt ponctuel, mais euh… “
I1 : « ouais… »
E1 : « Pour ce type d’indication je trouve que c’est bien oui. »
I1 : « D’accord, ça ne vous prend pas plus de temps euh… ? »
E1 : « Non bah peut être un petit peu parce qu’effectivement il y avait quand même euh la mise en place, l’installation, euh, moi je découvrais hein, il fallait qu’on m’explique tout, savoir ou je devais aller, comment zoomer, euh j’ai pu avoir accès au scanner aussi donc c’était pas mal mais il a fallu euh… tout me montrer c’est sûr. »
I1 : « Vous ne connaissiez pas le logiciel ? »
E1 : « Non pas du tout .»
I1 : « D’accord… »
E1 : « Donc c’est sûr ça m’a pris peut être un petit plus de temps et encore hein parce que après euh… quand les gens viennent à la consult c’est des gens âgés euh… enfin le temps n’est pas le même quoi, c’est-à-dire que quand ils sont avec nous, on va prendre le temps de les déshabiller, de les aider, bon en fin de compte ce temps-là je l’avais pas, la dame était déjà, déjà prête donc ça c’est du temps de gagné quelque part. Après c’est plus la gestion de, de l’ordinateur, du logiciel, euh… »
I1 : « De la prise en main ? »
E1 : « Voilà c’est ça pour le coup je ne savais pas du tout comment faire. »
I1 : « D’accord, et il n’y a pas eu de difficulté sinon technique euh… autres ? »
E1 : « Non ça avait l’air de bien fonctionner, je ne sais pas si d’habitude ça va plus vite que ça ou, moins vite que ça mais… j’ai trouvé que ça, ça roulait bien ouais, hum... »
I1 : « D’accord très bien. Est- ce que vous avez vu des choses qu’il faudrait améliorer euh dans ce dispositif qu’on vous a proposé, si on veut euh… ? »
E1 : « Sur une seule utilisation c’est un petit peu difficile d’être très objectif, euh peut être euh… ouais en terme de zoom de l’image elle-même c’est vrai que ça reste une image peut être un peu plus floue que la réalité mais ça… c’est… est-ce que c’est techniquement faisable euh… je ne sais pas. »
I1 : « Ça évoluera ! Je pense.”
E1 : « Probablement ! »
I1 : « Donc vous, vous accepteriez de refaire des consultations de ce type ? »
E1 : « Oui oui il n’y a pas de souci, enfin vraiment pour ses indications là euh… »
I1 : « D’accord, vraiment les plaies ? »
E1 : « Dans ma pratique quotidienne je ne vois pas trop après euh… non c’est un peu difficile hein sans examiner les patients… »
I1 : « Bien sûr… »
E1 : « Mais en tous les cas pour ce type de, de, les plaies, et chez la personne âgée et difficilement mobilisable euh… pour lequel en plus on sait que derrière il n’y aura peut-être pas de grosses choses de programmées, euh… ouais moi je trouve que c’est, c’est pas mal ouais. »
I1 : « D’accord ok, plutôt positif dans ce dispositif. »
E1 : « Ouais ouais. »
I1 : « Bon, Je pense qu’on a fait à peu près le tour. »

Entretien 2 :

I2 : « Alors, la première question c'est très général, c'est qu'avez-vous pensé de cette expérience de téléconsultation ? »
E2 : « Ben sur le enfin euh... les modalités d'organisation c'était tout bien, bien organisé, enfin c'était fonctionnel. Le matériel, ça... tout ça a fonctionné tout de suite. euh… après la consultation que j'ai faite moi c'était euh, finalement, ça ressemblait plus à une télé-expertise et que… la discussion c'était pour une adaptation de dose d'insuline. »
I2 : « D'accord. »
E2 : « Hein donc finalement euh le médecin de l'autre côté avait euh.. bien rapporté tous les, le relevé glycémique qui m'a été envoyé en document euh.. joint euh.. et euh… j'ai donné des consignes d'adaptation de dose. Finalement je n'avais pas besoin d'un contact visuel avec la patiente, hein, c'est ça. »
I2 : « D'accord, ok hum… alors on en a parlé un petit peu tout à l'heure mais les raisons pour lesquelles vous avez accepté d'entrer dans ce projet ? »
E2 : « (Rires)… euh bah si si moi je suis convaincue en tout cas que pour les, pour les... EHPAD euh... pour éviter de déplacer les personnes âgées euh... pour répondre à des demandes spécifiques, on peut pas tout y faire mais je pense que c'est quand même intéressant de, de pouvoir voir ce qu'on peut faire en téléconsultation. »
I2 : « D'accord. Est que vous avez alors euh, eu des attentes particulières ou des craintes particulières par rapport à euh... initialement cette consultation ? »
E2 : « Euh... les attentes bah c'est surtout sur la préparation quoi, la préparation de la… téléconsultation. Donc soit sur l'accompagnement qui sera fait ce jour-là avec le… la… enfin c'est de paramédicaux ou médicaux ? Souvent c'est un paramédical qui est présent. »
I2 : « Souvent c'est un aide-soignant ou un infirmier tout à fait. »
E2 : « Voilà, euh donc euh… ça on peut voir avec le temps mais selon la typologie de consultation après ça peut être de, de travailler sur une trame, sur des items dont on a besoin vraiment notamment pour faire une consultation en diabétologie… »
I2 : « Hum... »
E2 : «… de quoi on a besoin euh… en sachant que c'est souvent euh c'est pas des mesures physiques ça enfin... »
I2 : « Oui … »
E2 : «… il va y avoir les relevés glycémiques, aussi il peut y avoir le poids, euh des choses comme ça. »
I2 : « Donc que ce soit bien préparé en amont surtout ? »
E2 : « Oui, oui. »
I2 : « D'accord, donc du coup les attentes, les craintes c'était aussi que ce soit peut être pas bien euh... ficelé euh… avant euh... »
E2 : « Oui, oui voilà. Donc qu'on prenne du temps parce qu'on avait pas les relevés glycémiques, les doses d'insuline en regard et qu'on nous demande d'adapter des choses et… si on a pas tous les éléments, on ne peut pas répondre à la demande. »
I2 : « Hum… très bien. Euh… est-ce que votre comportement médical, comment il était par rapport à une consultation classique ? Est-ce qu'il a changé ? »
E2 : « Ah bah oui c'est, oui clairement c'est… (rires), faut s'habituer quoi. Moi en plus là, il y avait pas de, d'implication directe, la dame elle n'était pas du tout autonome pour ses doses d'insuline euh… donc je ne pouvais pas euh lui expliquer, enfin je posais quelques questions pour savoir si elle mangeait, si elle ne sautait pas de repas mais en plus elle était en EHPAD donc euh… voilà. Donc du coup elle était un peu… (rires) oubliée dans la conversation. Enfin

cette dame elle était charmante, elle était sur un fauteuil roulant et finalement je ne me suis pas beaucoup adressée à elle. »
I2 : « Oui vous avez l'impression d'avoir plus à faire… »
E2 : « Mais c'est aussi le… c'est aussi le… les modalités de la consultation qui étaient comme ça. »
I2: « Oui... »
E2 : « Si ça avait été une autre demande, ça aurait été sans doute différent. »
I2 : « D'accord. Alors j'ai une dernière question, alors est ce que vous avez des suggestions particulières pour améliorer le dispositif ? »
E2 : « Euh… oui si, c'est ce qu'on avait dit justement, c'était… et bien on en a parlé avec le médecin qui était présent de l'autre côté, toujours dans le cadre de la diabétologie, c'est d'avoir, euh qu'on nous transmette, puisqu'il y a moyen de… nous transmettre des documents. »
I2 : « Tout à fait. »
E2 : « et de… travailler sur euh... enfin un support pour euh… sur le relevé d'auto surveillance et les doses d'insuline. »
I2 : « Oui, donc peut être créer ce support là et du coup qu'ils le remplissent au préalable ? »
E2 : « Oui, oui et qu'on voit le même à chaque fois. Comme ça c'est facile, puisque d'un établissement à un autre on sait bien que les inscriptions, les relevés sont jamais les mêmes et euh… c'est parfois pas toujours facile de voir les glycémies d'un côté et les insulines de l'autre. »
I2 : « Bien sûr. »
E2 : « Donc euh… ça c'est important. Euh… »
I2 : « Au niveau technique il y avait des choses que vous avez l'impression qu'il faut améliorer ? »
E2 : « Non là ça allait, après on parlait de la dermato, c'est vrai que nous ça se fera peut-être aussi pour euh… des avis sur des plaies hein diabétiques. Euh donc ça j'ai pas fait donc hein comment voir euh… »
I2 : « Avec des photos, des choses comme ça oui ? »
E2 : « Oui voilà »
I2 : « Oui de voir un petit peu effectivement. Alors oui effectivement ça peut se faire également. Et euh... vous avez pas eu de difficultés avec les connexions, avec le visuel ? »
E2 : « Nan, nan . »
I2 : « Ca ça s'est fait instantanément, d'accord. »
E2 : « Le zoom, tout ça nan pas de problème… »
I2 : « Avec le personnel soignant sur place il n'y avait pas non plus de difficultés rencontrées euh… »
E2 : « Non, non. »
I2 : « D'accord, hum... donc j'ai toutes mes réponses merci, je peux arrêter euh l'entretien. »

Entretien 3 :

I3 : « Qu'avez-vous pensé de cette expérience de téléconsultation sachant que c'est la première ? comment pensez-vous euh… »
E3 : « C'est une expérience positive pour moi… »
I3 : « Oui... »
E3 : « Euh… je la trouvais pertinente pour le patient parce que ça évitait un déplacement et puis euh… dans le cadre de… plusieurs chirurgies à répétition euh… j'avais déjà une base de données qui était correcte. »
I3 : « Hum... »
E3 : « Et puis en plus j'étais aidée par le médecin sur place qui… pouvait l'ausculter et puis nous dire ce qu'il entendait donc c'était, c'était bien. C'était bien. »
I3 : « Ca s'est bien passé. »
E3 : « Oui. »
I3 : « D'accord. »
E3 : « Très bien passé… »
I3 : « Et pour quelles raisons, vous avez, vous avez accepté de… de rentrer dans ce protocole enfin de faire une euh… »
E3 : « Parce que je pense que pour le patient c'est bien. »
I3 : « Ouais... »
E3 : « Je pense que pour le patient euh, euh… pas pour tous les patients, pas pour toutes les chirurgies, pas pour toutes les anesthésies… mais dans ce cas-là je trouvais que c'était bien. »
I3 : « Ce cas-là était pertinent pour vous… »
E3 : « Oui, oui. Moi je trouvais que c'était euh… c'était pas la peine de se déplacer pour euh… pour regarder sa bouche alors que euh… ça avait été vu il n'y a pas longtemps pour euh... »
I3 : « Hum... »
E3 : « Euh… »
I3 : « Le type avait été vu récemment c'est ça ? »
E3 : « Oui, oui il avait été vu je sais pas moi, 3 mois avant ? »
I3 : « D'accord. »
E3 : « Donc euh, pff… »
I3 : « Oui, il n'y avait rien de bien changé. »
E3 : « Ouais, il n'y avait rien de bien changé. Et puis bon, euh, euh… le médecin c'était un gars à côté donc il a pu me donner les renseignements de ce qui s'était passé entre temps. »
I3 : « Hum, hum »
E3 : « Parce que lui au niveau euh… au niveau élocution c'était un peu difficile. »
I3 : « D'accord. »
E3 : « Mais euh, bon… j'ai pu avoir, enfin les renseignements que j'avais besoin euh… voilà. Normalement, voilà. »
I3 : « D'accord. Vous aviez des craintes, enfin au tout début euh… des téléconsultations, enfin de de… »
E3 : « (rires) Bah pas de crainte, pas de crainte. »
I3 : « Nan mais euh… pas des craintes mais euh… »
E3 : « Nan pas des craintes mais des questionnements oui… »
I3 : « Voilà. »
E3 : « Parce qu'en fait je me suis dit mais tiens, euh… comment je vais prendre la tension, mais la tension a été prise sur place. Euh j'ai regretté de ne pas avoir la saturation en oxygène. »

I3 : « D'accord. »
E3 : « Parce que ça on aurait pu la mettre… »
I3 : « Ouais. »
E3 : « Mais… ça aussi c'était un bon indicateur indicatif. »
I3 : « Mais ça on l'avait, ils l'avaient pas ? »
E3 : « Et bien je ne l'ai pas demandé. »
I3 : « D'accord. »
E3 : « Je l'ai pas demandé, ils auraient pu, enfin… oui j'aurai pu. Mais euh… mais ça c'est des… et puis au niveau de hum… de l'ouverture de bouche c'était un peu difficile de voir mais euh… c'est pas… »
I3 : « Bien sûr. Et votre comportement médical par rapport à une consultation classique, euh vous pensez qu'il a changé ou euh, c'est comme si c'était euh… »
E3 : « Bah nan, euh… nan j'ai rien voulu changer. Parce que bon c'était important de traiter la, la consultation de la même manière. »
I3 : « Bien sûr... »
E3 : « Et puis de façon, aussi euh… aussi rigoureuse. »
I3 : « Hum. Pour vous il n'y a pas eu de différence, euh par rapport à… »
E3 : « Bah si il y a une différence, mais euh… mais minime et acceptable par rapport à… Bah c'est sûr que l'on préfère voir un patient. »
I3: « Oui. »
E3 : « Euh, il y a une fois euh… un monsieur qui, qui est venu pour une prothèse de genou, pour sa femme. »
I3 : « D'accord, ok. »
E3 : « Pour sa femme. Et il m'a dit « Ah mais je peux répondre aux questions, je peux répondre aux questions, je connais ma femme. » Et bah non ça n'a pas pu (rires) ça n'a pas pu se faire euh… il faut écouter, examiner le patient. »
I3 : « Bien sûr, bien sûr. Et la relation avec le patient ça a… »
E3 : « Ca a été, ça a été parce que bon euh… le patient avait un certain âge et euh… était peu communicatif. »
I3 : « Hum. »
E3 : « Donc euh… j'ai pu avoir des, une communication avec le personnel qui était autour de lui. »
I3 : « D'accord »
E3 : « Donc euh… je pense que j'aurais pas mieux fait si euh… le patient avait été ici. »
I3 : « Oui. »
E3 : « Donc voilà, je pense que j'aurais pas mieux fait si le patient avait été ici. »
I3 : « D'accord, et là s'il y avait quelque chose à améliorer dans le dispositif, est ce que vous pensez à quelque chose de particulier, est ce que euh… au niveau technique il y a eu des soucis avec le son, les images euh ou est-ce que ça s'est bien passé ? »
E3 : « Bien sûr le son et les images des fois c'était un peu difficile, mais… mais c'était correct. »
I3 : « Difficile dans quel sens ? »
E3 : « Difficile, parce que au niveau auscultation j'ai pas pu, j'ai pas… j'ai pas pu l'ausculter. »
I3 : « Ouais... »
E3 : « Mais euh, au niveau euh… pour regarder sa bouche c'était un peu difficile. »
I3 : « Parce que c'est… »

E3 : « Bah par exemple pour une rachianesthésie ben euh… c'est vrai que c'était pas… j'aurais pas pu programmer une rachianesthésie mais là on savait que c'était une anesthésie générale. »
I3 : « D'accord. »
E3 : « Donc c'était pas… possible quoi. »
I3 : « D'accord, et au niveau du temps de la consultation, elle était plus longue ou… »
E3 : « Un peu plus longue ouais, oui un peu plus longue. »
I3 : « Plus. Et vous avez été formé initialement pour euh… »
E3 : « Nan mais bon, il n'y a pas besoin d'être formé. »
I3 : « Nan mais après ça reste un logiciel. »
E3 : « Bah c'est euh, c'est un, c'est la manipulation des instruments, enfin des… mais bon ça marchait bien. Nan nan c'était correct. Je pense que c'est euh… c'était, l'indication était bonne là. »
I3 : « D'accord. »
E3 : « Là euh… j'ai j'ai, je ne me suis pas trouvé en difficulté, donc c'était bien. »
I3 : « Oui. »
E3 : « C'était bien, oui. »
I3 : « Parfait. »
E3 : « Nan mais par exemple si on… par exemple si on… le monsieur avait été opéré d'un truc et euh… extraordinaire, qu'il n'avait jamais été vu, que, qu'on commençait par ça euh… ça m'aurait mis en difficulté. »
I3 : « Bien entendu, mais là comme il avait déjà été vu, c'est vrai que c'est pratique parce qu'il n'y avait pas de changement. »
E3 : « Mais oui oui, voilà. Bon j'avais qu'à noter les changements, donc euh… et puis j'avais le… la consultation précédente sous les yeux donc c'était correct, c'était correct. »
I3 : « Ok. Est-ce que vous avez quelque chose d'autre à rajouter ? »
E3 : « Bah je pense que ça peut être à développer ça, ça peut être à développer. Ca fait, euh… ça fait des économies euh… financières puis des économies de… d'énergie. »
I3 : « Bien entendu ouais. »
E3 : « D'économie d'énergie pour le patient euh… ça les perturbe pas d'aller dans un… lieu inconnu et puis ça les fatigue moins et puis voilà. »
I3 : « Je pense que tout le monde peut s'y retrouver. »
E3 : « Je pense oui, je pense. Mais il faut sérier les indications. »
I3 : « A bah bien entendu. »
E3 : « Il faut sérier les indications, ça c'est sûr il faut sérier les indications. Mais si les indications sont sériées c'est bien, parce que... voilà. »
I3 : « Très bien. »

Entretien 4 :

I4 : « C'est une question globale, qu'avez-vous pensé euh, de cette expérience de téléconsultation ? »
E4 : « Bien globalement c'était pratique. »
I4 : « D'accord. »
E4 : « Déjà c'est que euh, l'EHPAD éloignée BOZEL, une patiente âgée, pas grabataire mais difficile à déplacer… »
I4 : « Bien sûr… »
E4 : « Difficile à se déplacer, et euh, avec un personnel euh, qui était très réactif euh, et puis euh, voilà il y a eu vraiment une interaction entre le personnel soignant donc l'infirmière et moi-même. J'avais également avec moi une infirmière qui est spécialisée dans les plaies et pansements et cicatrisation… »
I4 : « D'accord, qui travaille avec vous ? »
E4 : « Voilà, on était deux, voilà, et euh, donc on a pu… euh… le visuel très bon, donc voilà c'était des plaies euh, des ulcérations des membres inférieurs. »
I4 : « Hum, hum... »
E4 : « Donc on voyait bien les nuances de couleurs, les lésions un peu croûteuses, et euh voilà donc ça c'est voilà, c'était un gain de temps puisqu'on a préparé en amont, alors on savait que c'était telle heure, tout était connecté par la secrétaire, avait fait les branchements, et il a suffi de se… voilà, acter une heure précise… »
I4 : « Bien sûr… »
E4 : « Et on s'est connecté au même moment avec l'EHPAD donc… je pense qu'on a gagné du temps par rapport à euh… une consultation habituelle… voilà. La patiente est déjà déshabillée, voilà… »
I4 : « C'est déjà ça de… gagné. »
E4 : « Voilà, déshabillée, les pansements défaits, donc voilà… »
I4 : « Là c'était une de vos patientes ou… »
E4 : « Non, voilà c'était une demande d'un médecin euh, de l'EHPAD. »
I4 : « Hum, hum... »
E4 : « Qui passe une fois par mois, et voilà, qui avait demandé euh… voilà. »
I4 : « D'accord très bien. Et pour quelles raisons vous avez accepté d'entrer dans ce projet, est ce qu'il y avait… voilà ? »
E4 : « Alors on m'en avait déjà parlé au préalable qu'il y avait la possibilité quand j'ai commencé en janvier, en janvier dernier, donc voilà, que vraiment ça allait se développer et est-ce que j'étais d'accord pour faire de la téléconsultation donc sur le principe j'avais dit oui et euh, et puis là on m'a parlé de cette dame âgée difficilement déplaçable euh… donc j'ai dit… bah si ça peut rendre service et en même temps de pas trop empiéter… mon inquiétude c'était que euh… dans mon idée de la téléconsultation ca prendrait plus de temps en fait. »
I4 : « Bien sûr… »
E4 : « Le temps de mettre en place… sur des créneaux qui sont déjà assez, assez chargés, et euh, donc voilà j'ai voulu faire un essai voilà… »
I4 : « Ouais… »
E4 : « C'était un peu comme un essai… »
I4 : « Bien sûr… c'était un peu vos craintes euh… »
E4 : « Voilà, la mise en place, et puis voilà, que finalement au lieu d'avoir à faire venir la patiente, que… euh… bah ça prenne du temps, le temps de se connecter, que tout le monde se mette en place, en fait tout est déjà prêt en amont… »
I4 : « Ouais… »

E4 : « Et euh finalement ça… on était efficient tout de suite quoi… voilà. »
I4 : « Et euh, votre comportement médical par rapport à une consultation on va dire classique, euh… »
E4 : « C'était assez identique hein, je me suis présentée, euh, la patiente euh, même si bon c'était une dame assez âgée, et il n'y avait pas trop d'interaction, mais je me suis présentée, je lui ai dit euh, pourquoi voilà, j'étais la dermatologue, que voilà que avec l'infirmière voilà, on allait euh, discuter de ses plaies, puisqu'on discutait plutôt avec, entre les soignants qu'avec elle… »
I4 : « Bien sûr bien sûr… »
E4 : « Mais euh voilà, je n'ai pas vu de différence euh, particulière, euh, au niveau euh voilà, de mon acte médical. »
I4 : « Pour vous la relation… la relation avec le patient ça s'est plutôt… »
E4: « Non voilà, voilà je me suis présentée euh, euh voilà et puis le reste s'est fait… non je n'ai pas trouvé ça euh, vraiment comme une barrière… »
I4 : « D'accord… »
E4 : « Voilà, voilà ça ne m'a pas gênée, voilà euh… »
I4 : « Et pour faire le diagnostic ? Des difficultés euh… »
E4 : « Au niveau dermatologique, bon euh, là ça a été, parce que bon là c'était des plaies, des euh… donc il y avait un bon visuel, après en dermatologie, il y a aussi tous les touchés, voilà qui… c'est c'est c'est particulier, mais euh, je pense que pffff, dans la majorité des cas, on peut quand même euh, quand même avancer, au moins voilà sur le diagnostic, et quitte à demander des examens complémentaires et revoir la patiente après, mais euh, non, ça a été euh, voilà, les images étaient claires, euh voilà, on pouvait zoomer aussi, zoomer sur certaines zones, euh… »
I4 : « Hum hum... »
E4 : « Puis ça allait. »
I4 : « D'accord très bien. Et est-ce que vous avez des suggestions pour euh, améliorer un peu le dispositif si jamais vous devriez refaire des euh, consultations de ce type euh, à terme, est-ce que au niveau technique, euh, après vous tout s'est bien passé de votre côté, au niveau du son, des images… »
E4 : « Oui c'était de bonne qualité euh… »
I4 : « La connexion euh, enfin. »
E4 : « La connexion euh voilà, on n'a pas eu de coupure, euh… »
I4 : « Ouais. »
E4 : « Euh, non bon après si c'est vraiment des demandes, au niveau dermatologique il y a… le dermoscope... »
I4 : « Oui. »
E4 : « Qui me parait vraiment très intéressant pour euh, diagnostiquer, différencier des lésions bénignes ou malignes, enfin faut vraiment avoir le contact, et ça je crois qu'ils ont un appareil, enfin je n'ai pas eu l'occasion… »
I4 : « Vous ne l'avez pas utilisé ? »
E4 : « Non j'ai pas eu de demande mais je pense que ça peut être intéressant pour faire un test… »
I4 : « D'accord, oui oui. »
E4 : « Voilà parce qu'on me l'avait présenté justement dans ce cadre-là. »
I4 : « Hum... »
E4 : « Quand j'avais commencé mon activité en janvier dernier... »
I4 : « D'accord. »

E4 : « On m'avait présenté l'appareil et euh, et voilà, ça j'aimerais bien faire un essai, en dermoscopie, voilà sur une lésion même peut être en essai sur une lésion de kératose... »
I4 : « Bien sûr »
E4 : « Voir vraiment si au niveau du visuel j'ai un bon rendu, donc euh, voilà j'en aurais peut-être par la suite effectivement euh… ça serait intéressant… »
I4 : « Et euh, les interactions avec le personnel soignant, il n'y a pas eu de souci particulier ? »
E4 : « Non parce que voilà, tout est préparé voilà en amont, il y a eu, elles ont fait la demande, moi j'ai donné mon accord, le plus difficile c'était de s'accorder sur le jour et l'heure »
I4 : « Hum... »
E4 : « Voilà, pour que ça ne les gêne pas trop, moi non plus, donc on a, on a pris sur un créneau de consultation finalement hein euh, comme une consultation normale. »
I4 : « Bien sûr. »
E4 : « On a pas fait… »
I4 : « Et ce n'est pas plus long ? »
E4 : « C'était pas plus long, non non c'était pas plus long, et euh, donc après euh, l'ordonnance a été faxée, envoyée par mail. »
I4 : « D'accord et puis après… »
E4 : « Donc après ça a suivi euh, non non ça a été pas plus long qu'une consultation classique. »
I4 : « Vous vous étiez formée
un petit peu pour la téléconsultation, le logiciel… ? »
E4 : « Alors euh… oui c'est-à-dire que quand j'avais, voilà en janvier, quand j'ai commencé, donc on m'avait présenté le système, mais assez globalement, mais là j'avais l'infirmière un peu référente qui connaissait voilà, qui venait avec moi pour la première si jamais j'avais des soucis euh, etc… »
I4 : « Ok très bien, est-ce que vous avez quelque chose d'autre à ajouter sur euh… »
E4 : « Non mais de toutes façons je pense que enfin, en tout cas en dermatologie, euh pour nous c'est carrément l'avenir quoi ! »
I4 : « Oui bien sûr… »
E4 : « Un avenir très proche euh, parce qu'on est en minorité, en effectif vraiment réduit et euh, avec des demandes qui s'accroissent et euh, donc des interactions avec les médecins généralistes, avec les euh, bah les structures de soins, qui sont un peu isolées, euh, je pense que clairement, quand voilà c'est bien cadré, bien préparé, je pense que ça peut entrer dans le cadre d'un pool de consultation euh, peut-être à garder une ou deux consultations, de téléconsultations euh, soit les grouper en une demi-journée, ou soit les intercaler euh… »
I4 : « Une ou deux par jour… »
E4 : « Voilà voilà voilà je pense que c'est tout à fait faisable et à développer. »
I4 : « C'est vrai que pour la société je pense que c'est… »
E4 : « Ah oui ouais ouais ça peut être vraiment un gain de temps pour les patients et pour les médecins aussi. »
I4 : « Et bien merci beaucoup ! »

Entretien 5 :

I5 : « Donc la première question, c'est une question un peu générale, savoir un peu ce que vous avez pensé de la…la téléconsultation que vous avez réalisée, l'expérience … »
E5 : « En général, en gros, heu moi c'était une consultation mémoire que j'ai faite.. »
I5 : « Hum »
E5 : « Pour une dame que j'avais déjà vue heu, pour un premier bilan avec sa fille et que je revoyais pour un contrôle. »
I5 : «D'accord… »
E5 : « Donc qui était à la maison de retraite, et heu, qui ne s'est pas déplacée, qui est restée là-bas, heu, j'avais peur au début d'être un peu mal à l'aise et heu, pas forcément, savoir comment faire puisque ça change un petit peu des habitudes qu'on a, on est toujours dans le même bureau et, et avec heu, et alors en plus là, il a fallu que je change de bureau pour aller faire la consultation, parce que le, le bureau où on est actuellement était pas encore équipé. »
I5 : « Ok »
E5 : « Donc voilà, mais en fait ça été… ça s'est bien passé, en face il y avait heu, la cadre de la maison de retraite et puis heu, un des infirmiers qui connaît bien la dame… »
I5 : « Hum »
E5 : « Heu, et ça s'est bien passé, elle a bien, bien entendu ce que je lui disais, elle a bien participé, et heu, voilà je ne me suis pas sentie trop mal à l'aise (rire) »
I5 : « Donc ça s'est bien passé avec la, la dame quoi »
E5 : « Ouais ouais avec la dame »
I5 : « Un peu mal à l'aise au début parce que c'est particulier je présume… »
E5 : « Voilà ouais »
I5 : « D'accord… »
E5 : « Ouais, mais ça passe assez vite, heu, franchement j'étais heu, agréablement surprise plutôt. »
I5 : « Ok ! »
E5 : « Hum… »
I5 : « Très bien, et pour quelles raisons vous avez accepté de rentrer dans… dans ce projet de téléconsultation, enfin… vous n'en avez jamais fait avant alors pourquoi… ? »
E5 : « Hum, bah d'abord parce que c'est ma collègue heu, qui travaille sur ce projet là, dans le cadre du MisMi, donc elle nous avait déjà beaucoup expliqué la machine, on avait suivi un peu le déploiement du projet avec elle… »
I5 : « D'accord… »
E5 : « Humm, c'est… aussi un bénéfice heu, non négligeable pour les résidents… qui n'ont pas à se déplacer, qui sont des fois un peu moins perturbés quand ils sont dans leur lieu de vie, que quand il faut qu'ils prennent l'ambulance, qu'ils viennent, que… des fois ils sont… moins dans le… heu, moins à l'aise aussi, quoi, moins… ils ont moins leur repère, donc pour eux c'est, je trouvais que c'était pas mal… »
I5 : « Oui que ce soit pour vous et pour le patient… »
E5 : « Voilà, oui, ouais, ouais… »
I5 : « Très bien… »
E5 : « Pour moi ça ne changeait pas grand-chose, ce n'est pas plus facile mais ce n'est pas tellement plus difficile non plus… »
I5 : « D'accord… »
E5 : « Et comme pour… »
I5 : « Pour votre exercice… ? »

E5 : « Voilà, pour le résident comme il y a un bénéfice, et bah, je trouvais que c'était I5 : « Bien sûr, et vous aviez un peu des craintes en rentrant, enfin initialement au début de la téléconsultation, une peur particulière…ou… ? »
E5 : « Ouais ouais bah moi je suis heu, timide… »
I5 : « C'est vrai ? »
E5 : « Ouais, et du coup je déteste les caméras et heu, j'aime pas ça, je…j'avais peur de me sentir mal à l'aise, ouais, vraiment, et de, de, de pas… et puis en plus du coup il y avait, d'habitude il y a les résidents ou les patients, et leur famille, peut être une personne ou le mari, la femme ou… »
I5: «L'enfant… »
E5 : « L'enfant voilà, alors que là c'était des personnels heu, soignants qui étaient là, et ça c'est pas souvent non plus, d'habitude on a pas de témoin, en fait dans… donc on est… moi je suis plus à l'aise dans une relation directe avec le patient que heu, quand il y a des témoins… »
I5 : « Bien sûr… »
E5 : « Et en fait heu, bon là en plus la cadre de l'EHPAD je la connaissais bien, donc ça m'a aidé aussi je pense, mais voilà, cette peur là que j'avais finalement elle ne s'est pas concrétisée… »
I5 : « Que c'est vite… »
E5 : « ouais, ouais ouais, ouais… »
I5 : « Là, il n'y avait pas les enfants ? »
E5 : « Non, sa fille n'avait pas pu être là, parce que ça s'est décidé un peu en dernière minute… »
I5 : « D'accord… »
E5 : « Mais heu, ça ne m'aurait pas gêné, au contraire, je la connaissais en plus la fille… »
I5 : « Vous la connaissiez oui… et votre comportement médical heu, par rapport à une consultation classique, par rapport au patient, il y a eu du changement…la façon de parler… pour faire… enfin là, le diagnostic du coup a déjà été fait… »
E5 : « Oui voilà, c'était plus un suivi… »
I5 : « Ouais… »
E5 : « Heu…. »
I5 : « La relation … »
E5 : « A distance comme ça… »
I5 : « Ouais avec le patient, est-ce que vous pensez qu'il y a une différence alors que si vous l'aviez vu …»
E5 : « Oui, quand même je pense, oui, c'est pas…heu… Il y a cette proximité heu, qu'on a pas… c'est, c'est pas tout à fait pareil quand même, il y a, il y a une distance qu'on arrive pas à vraiment combler avec l'écran quoi… »
I5 : « Bien entendu… »
E5 : « Je pense quand même ouais… surtout dans ce domaine-là où on pose des questions et heu, on a, on a besoin aussi de voir les réactions des gens et heu… »
I5 : « Oui c'est important… »
E5 : « Ca manque peut-être un petit peu… ouais, hum… »
I5 : « Et heu, ouais, pour améliorer ce dispositif, si jamais vous deviez refaire d'autres téléconsultations, est ce que… il y aurait heu, quelque chose que vous pourriez envisager, sur des problèmes techniques ou heu… un problème… le son, l'image… ? »
E5 : « Bah j'ai eu besoin de la cadre de l'EHPAD d'ici pour heu, mettre en route le système, ça n'a pas marché tout de suite… »
I5 : « D'accord… »

E5 : « Puisque c'était la première fois que je le faisais, et que… je pense il faut vraiment heu, certainement refaire une petite formation juste avant pour que au niveau technique ça marche bien quoi… »
I5 : « D'accord, vous étiez formez initialement ? »
E5 : « J'étais formée mais… longtemps avant en fait, et j'avais pas pratiqué du tout sur le le… »
I5 : « C'était vraiment une formation heu… théorique ? »
E5 : « Bah non, on avait quand même utilisé le … »
I5 : « D'accord… »
E5 : « Avec les deux côtés de la machine parce que du coup on a… l'appareil ici à... à Moutiers on a l'appareil aussi pour demander une téléconsultation pour les résidents de l'EHPAD… »
I5 : « Ouais… »
E5 : « Et on avait le… poste classique équipé de la…de la caméra et du casque en face quoi. Donc on avait vu un peu les deux, hum, les deux parties mais sur une demi-journée c'est… on oublie vite quoi… en fait, quand on est confronté après à l'utilisation… »
I5 : « Bien sûr… »
E5 : « Bah on ne se souvient plus… Donc là c'était très bien parce que la cadre elle était avec moi et qu'elle a mis en route les choses et que voilà… »
I5 : « Là le problème initial c'était pour mettre en… pour allumer le… »
E5 : « Voilà c'est ça, pour créer la communication initialement ouais… »
I5 : « Une fois que c'était lancé après… ? »
E5 : « Après ça été ouais »
I5 : « La connexion… »
E5 : « Ca n'a pas coupé non, ça s'est bien passé. »
I5 : « D'accord… »
E5 : « Ouais »
I5 : « Et heu, pour organiser la téléconsultation, enfin l'heure du rendez-vous, ça s'est bien passé ? »
E5 : « Oui, aussi, ouais, c'est moi qui était un peu en retard d'ailleurs, j'étais pas très à l'aise… »
I5 : « D'accord ! »
E5 : « Mais heu, donc eux ils m'attendaient un peu, mais heu, non non pour prendre le rendez-vous ça s'est fait facilement, ouais… »
I5 : « Et la consultation elle était plus longue que… qu'une consultation classique vous pensez si… »
E5 : « Non »
I5 : « C'était le même… »
E5 : « Ouais »
I5 : « D'accord très bien… Voila. Est-ce que vous avez d'autres choses à... à ajouter librement, si vous aviez quelque chose à dire par rapport à ça… pas spécialement ? »
E5 : « Bah pas spécialement »
I5 : « D'accord très bien, super et bien merci beaucoup ! »

Entretien 6 :

I6 : « Alors première question, c'est, comment percevez-vous le médecin dans l'exercice de la télémédecine ? »
E6 : « bah essentiel »
I6 : « ouais… »
E6 : « central… »
I6 : « ouais… »
E6 : « heu même j'ai envie de dire même des deux côtés »
I6 : « ouais… »
E6 : « en tant que consultant bon on est voilà, premier recours, mais même quand il peut y avoir une télé-expertise c'est encore mieux je trouve »
I6 : « d'accord et pourquoi la télé-expertise ? »
E6 : « bah parce que … qu'il y a des informations pertinentes »
I6 : « ouais »
E6 : « que forcément l'équipe soignante heu… à laquelle ils ne penseront pas »
I6 : « Hum, très bien, donc vous, pour vous sa place elle est essentielle donc du coup pour le médecin donc du coup… »
E6 : « oui je ne vois pas comment on peut faire ça avec des inf'… »
I6 : « ouais ouais»
E6 : « des avis autres que… sans médecin je ne vois pas »
I6 : « bah sans médecin oui tout à fait, et heu, vous pensez que le médecin donc du coup il a son utilité quand même dans la télémédecine de manière générale ou heu »
E6 : « Déjà je pense que c'est l'avenir »
I6 : « ouais… »
E6 : « donc heu… »
I6 : « D'accord… »
E6 : « Et puis heu, ouai ouai je pense que c'est … »
I6 : « d'accord … »
E6 : « il faut qu'on en ait de plus en plus des médecins téléconsultants »
I6 : « d'accord »
E6 : « surtout par ici… »
I6 : « surtout par ici ? Parce qu'on est dans cette région ou… »
E6 : «Bah parce qu'il y a plein de choses à développer et là on voit par rapport à Bozel, Bozel bah ce n'est pas très loin hein mais ils sont quand même assez isolés, au niveau pratique gériatrique ils sont quand même contents d'apprendre des choses aussi, ça permet aussi de faire progresser les connaissances des équipes »
I6 : « hum »
E6 : « donc heu après, c'est sûr dans une grande ville où ils ont accès facilement aux spécialistes ou heu »
I6 : « hum »
E6 : « ça doit être différent enfin j'imagine hein »
I6 : « tout à fait, vous pensez que ça a sa place parce que du coup il y a aussi des, des zones isolées…»
E6 : « encore plus parce qu'ici il y a des zones isolées »
I6 : « ouais, d'accord, alors, vous allez me raconter comment s'est passé la consultation, qu'en avez-vous pensé, vraiment de cette téléconsultation, enfin des deux que vous avez faites »
E6 : « heuuu, oui, comment ça s'est déroulé ?

I6 : « heu voilà comment s'est passé la consultation, qu'en avez-vous pensé ? »
E6 : « heu bah déjà je me suis connectée un petit peu en retard (rire)
I6 : « ouais »
E6 : « et en fait ce qui m'a perturbée au début c'est que je croyais que je faisais qu'une télé-expertise parce que je voyais pas la dame »
I6 : « d'accord »
E6 : « et donc je voyais la cadre et l'aide-soignante »
I6 : « ouais »
E6 : « et pendant tout le temps j'ai cru qu'on parlait de la dame sur dossier »
I6 : « il y avait la cadre ? D'accord »
E6 : « puis à la fin je leur dit bah, je vous propose de de de, je peux la suivre en téléconsultation et puis je dis la prochaine fois ça serait bien si vous l'amenez dans la salle pour que je la vois, et elle dit : elle est la ! (rire), elles ont tourné la caméra et en fait elle était à côté mais je ne la voyais pas »
I6 : « pendant toute la consultation ou pendant … »
E6 : « bah après comme du coup elle était là après j'ai demandé l'examen on a plus discuté avec la dame, enfin elle était peu communicante verbalement mais… »
I6 : « d'accord… Vous avez surtout…»
E6 : « mais en fait ça ça fait bizarre parce que j'avais deux soignantes en gros plan, je me suis dit bon bah… si il y a pas la dame il y a pas la dame… ça c'était un petit peu le premier souci »
I6 : « alors que à la base on vous avait dit quand même que c'était pas de la télé-expertise, que c'était vraiment une téléconsultation »
E6 : « bah oui oui, en plus c'est des gens qui participent au au projet, qui sont au groupe de réunion »
I6 : «ouais »
E6 : « pourtant ils savent qu'ils doivent mettre la dame devant la machine »
I6 : « bah bien sûr, bah bien sûr c'est quand même le principal…»
E6 : « mais c'est vrai que du coup ça me paraissait tellement évident que j'ai pas dit au début bah alors la dame elle n'est pas là ? »
I6 : « ouais »
E6 : « et elles en fait je pense qu'elles se rendaient pas compte que sur l'image on ne voyait pas la dame »
I6 : « elle avait peut être pas le retour de son côté, ouais ouais, et la cadre était sur place ? »
E6 : « ouais »
I6 : « d'accord, systématiquement ?
E6 : « non »
I6 : « d'accord »
E6 : « là c'était la cadre et en fait, c'était la cadre et l'aide-soignante parce que l'infirmière n'était pas formée »
I6 : « d'accord »
E6 : « la cadre était formée du coup elle est venue avec l'aide-soignante »
I6 : « d'accord »
E6 : « et après ça c'est bien déroulé, heu, voilà, comme je disais, la la résidente elle était pas très communicante verbalement, mais on a quand même pu faire un bon examen clinique heu »
I6 : « ouais »
E6 : « voila »
I6 : « demander directement aux équipes de de faire sur place ? »

E6 : « voilà, moi je demande de la mobiliser, elle avait quelques raideurs »
I6 : « d'accord »
E6 : « ça permet de se rendre compte quand même de l'état de la dame »
I6 : « Hum »
E6 : « Après elle était un peu sourde donc ce n'était pas évident mais elles lui répétaient ce que je disais et on a quand même eu des réponses heu, pertinente »
I6 : « d'accord, de la patiente ? »
E6 : « oui »
I6 : « d'accord, très bien »
E6 : « mais du coup un peu en décalé par rapport à tout ce qu'on s'était raconté avant »
I6 : « ouais vous avez repris un petit peu ce qui a été dit initialement »
E6 : « oui on a vérifié des choses »
I6 : « d'accord, ça c'était les deux consult, la première… »
E6 : « ça c'était la première, enfin je me suis connectée une fois, et puis ils m'ont fait enchainer les deux résidents. Et le deuxième c'était un monsieur qui était un peu plus alerte donc heu du coup la ils ont mis directement son fauteuil devant la machine et c'était … mieux »
I6 : «d'accord, peut-être plus communicant le patient ? »
E6 : « ouais il était plus communicant, mais coopérant et… »
I6 : « ouais »
E6 : « donc ça s'est bien passé »
I6 : « D'accord… alors les raisons pour lesquelles vous avez accepté ce projet initialement »
E6 : « alors franchement parce que c'est innovant »
I6 : « ouais »
E6 : « nous ici à Moutiers on est content d'avoir un petit peu… »
I6 : « ouais »
E6 : « mais c'est vrai parce que c'est pas réservé… enfin voilà, comme on disait c'est pas réservé qu'aux grandes villes et »
I6 : « bah non »
E6 : « et faire venir ça ici c'est même attrayant pour le personnel soignant, pour heu, ça fait parler de l'hôpital, heu, même quand on l'a vendu auprès des, des médecins consultants, on leur vend ça en disant que c'est innovant, que leur nom sera associé à un projet »
I6 : « hum »
E6 : « Moi, c'était… c'est un domaine qui m'intéressait aussi parce que je suis sûre que ça va nous offrir des possibilités heu, énormes, et du coup faut vivre avec son temps, c'est comme la naissance d'internet »
I6 : « Absolument, une obligation de moyens également, donc heu…se donner tous les moyens possibles… tout à fait… est ce que alors, vous avez alors, déjà un petit peu répondu à tout ça mais vous en aviez des attentes particulières de ce projet heu… initial »
E6 : « bah…, alors en tant que, je parle en tant que consultant hein »
I6 : « bien sûr »
E6 : « ok, heu, il y a un truc que j'aurai aimé, que ça se développe un peu plus c'est que heu.., il y ait plus d'assistance en fait avec les équipes, je parlais tout à l'heure de l'éducation des équipes soignantes et heu en fait c'est vrai que le fait en tant que gériatre de parler avec des, des gens de l'EHPAD de Bozel, et bah, on se dit qu'on pourrait partager plus de choses avec eux, et en fait c'est vrai ce que j'ai trouvé dommage lors de la téléconsultation c'est qu'on parle du patient en question, ce qui est normal, mais on aimerait bien aussi répandre les bonnes pratiques gériatriques et leur dire voilà, quand vous avez ce problème là, faut faire ça…plus de formation »

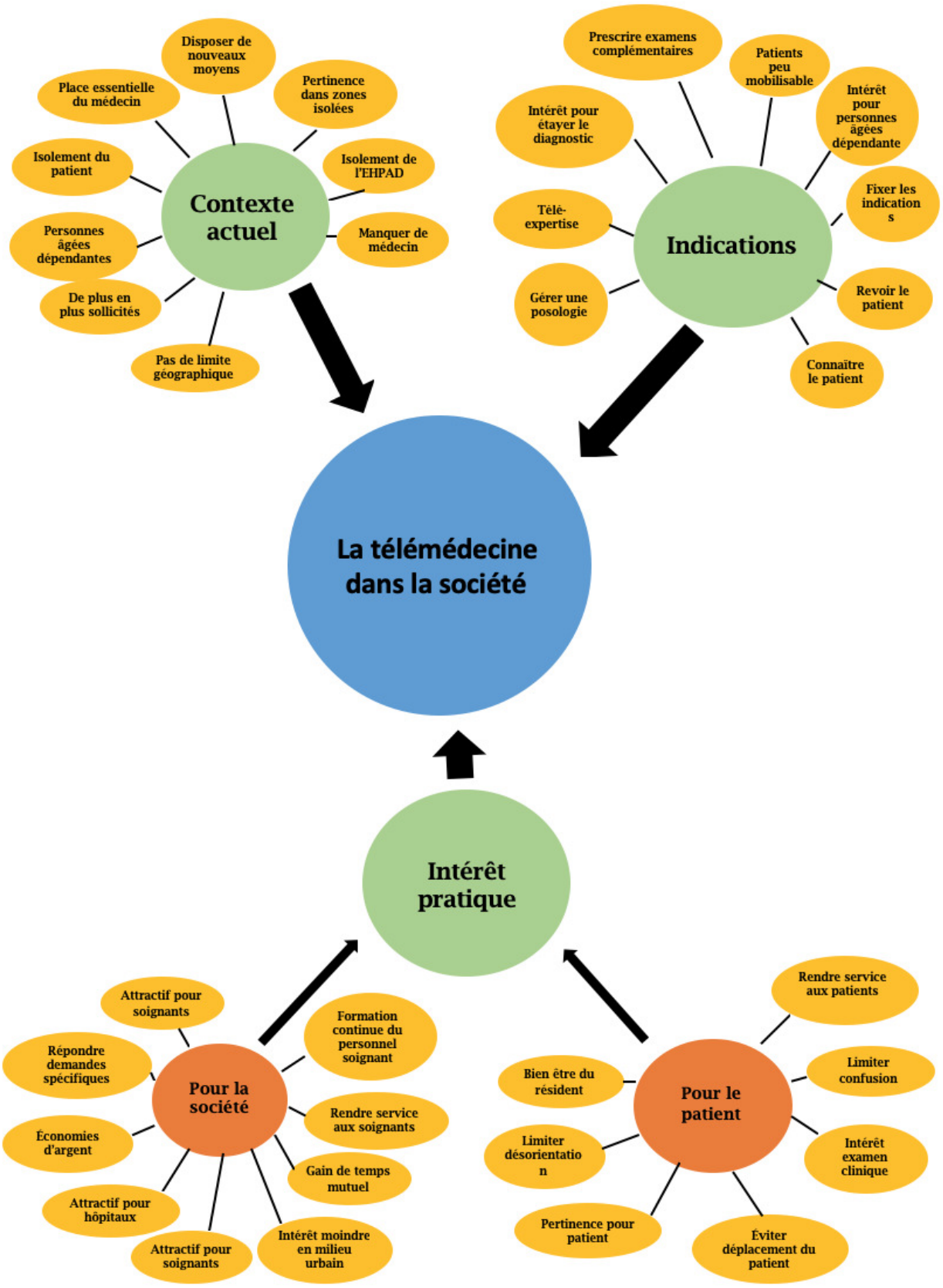
I6 : « ouais »
E6 : « et en fait c'est difficile parce qu'on se centre sur une personne que la personne est là, donc on ne peut pas non plus partir dans des … »
I6 : « oui »
E6 : « considérations.. »
I6 : « oui les règles générales »
E6 : « voilà »
I6 : « ouais »
E6 : « mais c'est dommage parce que ça serait aussi le moyen de leur dire.. »
I6 : « parce que vous pensez donc du coup, que ça pourrait avoir sa place en télémédecine de dire tout ça aussi à distance… »
E6 : « ha bah c'est sûr, là par exemple la dame elle était agressive au moment des soins, et elle était sourde et elle était aveugle»
I6 : « Hum
E6 : « Alors on leur demande un peu comment, comment vous annoncez le soin, comme vous vous présentez »
I6 : « d'accord, ouais »
E6 : « ça peut paraître le b.a-ba mais c'est vrai que des fois on … »
I6 : « ouais, hum »
E6 : « vous savez elle est sourde elle est aveugle, donc quand vous arrivez faire la toilette, si vous commencez à poser le gant de toilette sur le visage heu… »
I6 : « ouais »
E6 : « elle risque de vous en mettre une elle elle aurait raison… »
I6 : « rire »
E6 : « donc heu ça c'est un peu de la formation quoi »
I6 : « hum… et des craintes ? par rapport au projet initialement vous aviez peur de quelque chose »
E6 : «bah oui, j'ai encore peur hein… »
I6 : « de quoi donc… »
E6 : « on voudrait que ça prenne plus quoi »
I6 : « ouais »
E6 : « et puis on a aussi perdu des médecins téléconsultants donc ça c'est… »
I6 : « ah bon ? »
E6 : « ouais »
I6 : « d'accord, qui n'ont pas…"
E6 : « bah alors il y en a une la dermato ça, elle, sa première téléconsult' s'est mal passée »
I6 : « d'accord »
E6 : « Donc ça a duré très longtemps parce que ils arrivaient pas à se connecter, ils avaient des problèmes techniques, du coup elle ne veut plus parce qu'elle dit que ça prend trop de temps »
I6 : « d'accord »
E6 : « je suis sûre que ça prend pas plus de temps quoi »
I6 : « hum hum »
E6 : « et puis, et puis après on a des médecins qui à un moment étaient en nombre suffisant pour téléconsulter et qui maintenant sont en sous effectifs… »
I6 : « ils ont plus le temps d'organiser ça… »
E6 : « et donc ça reste ma crainte c'est que ça se développe pas suffisamment »
I6 : « d'accord… »

E6 : « mais sinon techniquement je n'ai pas de crainte parce qu'on voit quand même, que ça se passe bien, on est vite rassuré, l'interface est assez facile, et intuitive, et les équipes et les patients, on se rend compte tout de suite que ça leur rend service donc ça c'est plutôt bien »
I6 : « ouais ouais tout à fait »
E6 : « mais on voudrait que ça aille plus vite et que ça prenne plus »
I6 : « peut être mettre le temps, ça vient d'arriver »
E6 : « c'est sûr »
I6 : « Votre comportement médical par rapport à une consultation classique, comment était-il ? »
E6 : « bah ce n'est pas évident hein »
I6 : « ouais »
E6 : « heu, je trouve que c'est plus difficile de s'adresser directement à la personne »
I6 : « hum »
E6 : « enfin surtout parce que moi en plus je suis gériatre donc c'est des personnes âgées qui sont des fois un peu dures d'oreille et quand ils sont en face de nous, on s'approche, on leur prend la main, on est vraiment, vraiment à côté d'eux, là, c'est vrai que ce n'est pas évident parce qu'on leur parle, ils sont très loin ils entendent pas ils comprennent pas heu… »
I6 : « Hum, une certaine barrière avec heu, l'informatique … »
E6 : « ça met quand même une barrière même si on est à l'aise avec l'outil ça met quand même une barrière pour discuter avec le résident »
I6 : « hum »
E6 : « après je pense que ça dépend aussi des résidents hein, parce qu'il y en a qui peuvent être très bien, qui répondent spontanément aux questions, mais on a toujours besoin de l'assistance d'une soignante heu, pour répéter, pour faire comprendre heu »
I6 : « hum, et vous avez une population en plus, ciblée sur les EHPAD déjà donc heu, effectivement.. »
E6 : « ouais ouais, bah après je l'ai dit, il y en a quand même des avec qui ça se passe très bien, et, mais bon, c'est pas la majorité hein, (rire), faut être réaliste hein »
I6 : « mais vous avez l'impression quand même que à la fin, vous arrivez à aboutir sur ce que vous auriez fait peut être en consultation classique ? »
E6 : « ouais, c'est un peu la même chose »
I6 : « ouais… »
E6 : « peut-être pas pour le patient, mais pour moi ça revient à la même chose »
I6 : « d'accord… donc il n'y a pas de différence avec heu, enfin le diagnostic, vous le faites assez facilement, à la fin vous… d'accord… ok… heu… alors il me reste deux questions, quelles suggestions avez-vous pour améliorer ce dispositif au vu des éventuelles difficultés rencontrées, pour que vous acceptiez d'envisager la téléconsultation dans votre exercice futur ? si vous avez des améliorations… »
E6 : « bah après heu, moi je me dis que par rapport à tous ces patients qui sont un peu durs d'oreille et pourtant on peut monter le son à fond sur la machine, je me dis que si ils pouvaient avoir un casque des fois… »
I6 : « ouais »
E6 : « on pourrait peut-être mieux… puis ils entendraient tout de suite qu'on s'adresse à eux, ils se sentiraient peut être plus concernés et… »
I6 : « hum »
E6 : « voilà j'avais pensé à ça… et puis après, heu bah après, c'est vrai que des fois le débit heu… par exemple je vois quand on consulte avec Bozel, c'est vachement pixélisé l'image… je pense que ça c'est perfectible…»
I6 : « D'accord… Avec Bozel particulièrement ?»

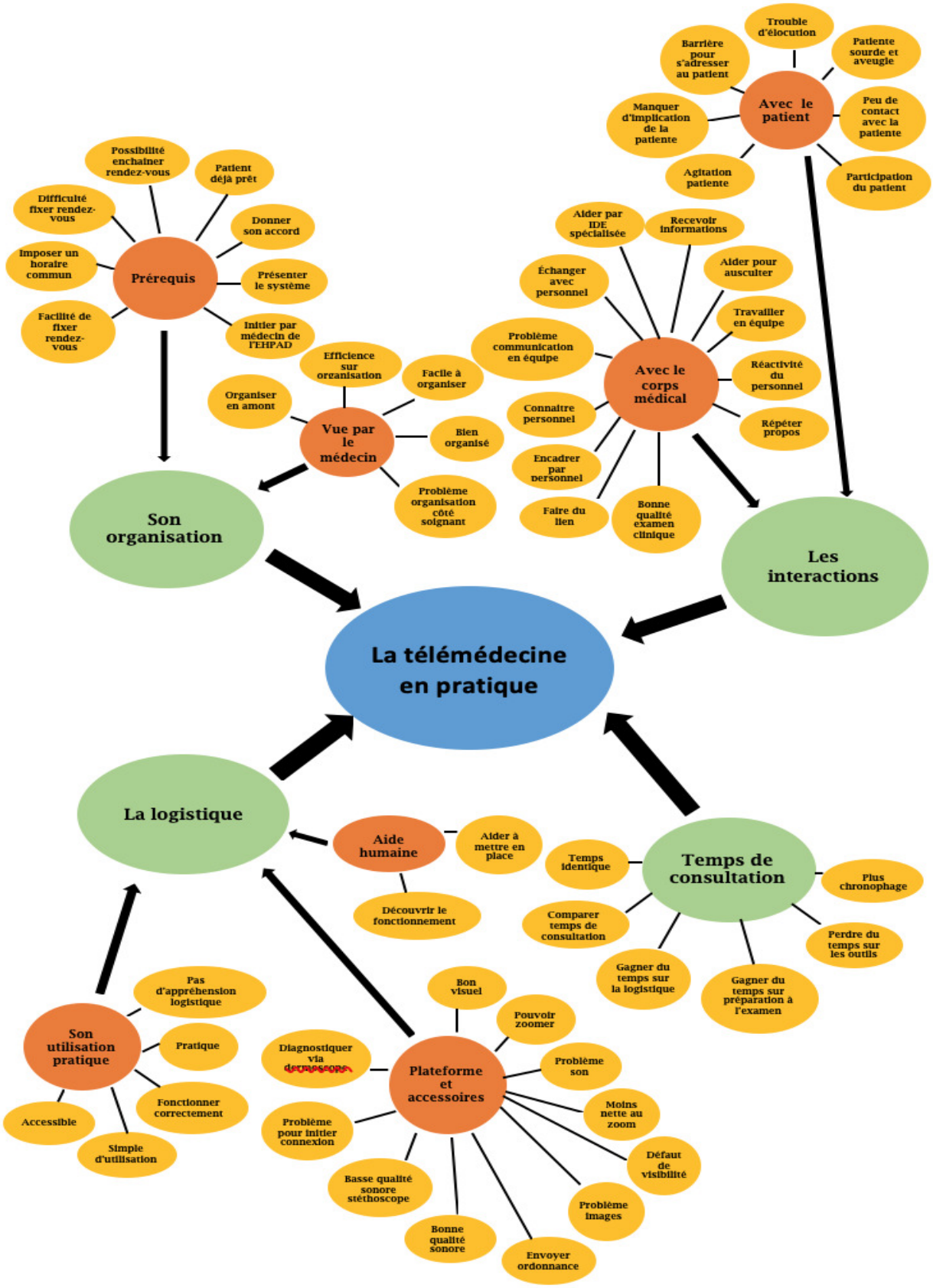
E6 : « bah c'est sûr que quand on fait nous avec Albertville c'est pas du tout pixélisé »
I6 : « d'accord »
E6 : « et puis le son passe bien tout passe bien, l'image passe bien mais c'est vrai que Bozel, heu, l'image des fois elle se fige, on entend plus que le son, ou des choses comme ça… »
I6 : « d'accord, de chez vous, enfin d'ici du coup, là bas ils ont une bonne qualité ?...»
E6 : « c'est relié à l'hôpital mais oui »
I6 : « d'accord, mais quand vous êtes à Albertville sinon vous avez des retours ou c'est… »
E6 : « et entre ici et Albertville il n'y a pas de souci »
I6 : « d'accord »
E6 : « ça passe très bien… »
I6 : « d'accord »
E6 : « donc ça c'est vrai je pense qu'il y a peut-être des problèmes, mais je ne sais pas si c'est lié à la connexion internet… »
I6 : « ouais, c'est la qualité d'image du coup qui n'était pas non plus… »
E6 : « je me dis que heureusement j'ai pas eu à faire avec du stéthoscope parce que… déjà que le son du stéthoscope je ne sais pas si vous avez déjà entendu ce n'est pas super… il faut tendre l'oreille, alors quand la connexion est pas très bonne… »
I6 : « ouais, vous n'avez pas eu besoin vous du… du stéthoscope ? »
E6 : « bah hof… moi c'était pour des troubles du comportement à chaque fois donc heu… »
I6 : « d'accord »
E6 : « c'est vrai que le stéthoscope il est moins pertinent »
I6 : « hum, d'accord, au niveau humain il y a des améliorations particulières que ce soit… de votre côté que ce soit… à la maison de retraite… directement… »
E6 : « bah après je pense que quand tout le monde en aura fait beaucoup tout le monde sera plus à l'aise, et les gens seront plus détendus »
I6 : « ouais »
E6 : « parce que là à chaque fois on a l'impression qu'ils passent un oral… »
I6 : « ouais ça les stress… »
E6 : « c'est normal c'est les débuts, ils ont peur que la machine bug heu… »
I6 : « ils participent bien les aides-soignantes enfin le personnel soignant… »
E6 : « bah après je ne sais pas quel retour vous avez mais oui ils ont l'air d'être contents d'utiliser ça je ne sais pas… »
I6 : « hum »
E6 : « sauf quand ça bug peut être… (rire) »
I6 : « ça, ça arrive… (rire…) »
E6 : « mais la moi les deux que j'ai faites ça n'a pas trop buggé, et… »
I6: « ouais et au niveau technique à part la qualité d'image il n'y a pas eu de problème particulier ? »
E6 : « bah non »
I6 : « d'accord, et au niveau organisationnel est-ce que c'était pour vous simple de, d'organiser ces consultations, avant pendant après ?... »
E6 : « bah c'est moi qui fixe mes horaires donc ça c'est assez simple, avant la secrétaire elle s'occupe de sortir les dossiers quand il y en a donc, ça c'est simple aussi, et après heu, non la secrétaire elle fait les comptes rendus donc ça va »
I6 : « d'accord »
E6 : « je ne vais pas me plaindre… »
I6 : « d'accord »
E6 : « ce serait une consult' en direct ce serait pareil quoi »

I6 : « hum hum. Très bien, est- ce que vous avez quelque chose à ajouter sur la télémédecine, téléconsultation que vous avez vécue avec ce projet, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous vient à l'esprit»
E6 : «Heu … moi je crois que j'ai tout dit, après bon c'est vrai qu'il faut que ça se développe quoi… »
I6 : «Ouais »
E6 : « toujours pareil, quand on sera tous rodés ça sera mieux, quand ça sera aussi passé dans la pratique quotidienne de tout le monde heu… »
I6 : «hum »
E6 : « on a encore des refus des fois c'est vrai que c'est dommage puis les gens ils y pensent pas, ça aussi c'est dommage, on ne sait pas comment faire pour que les gens y pensent à la téléconsultation… »
I6 : « les gens, vous voulez dire les… »
E6 : « bah, nous voilà on, on est au centre du projet donc dès qu'on peut on fait une téléconsult mais les EHPAD d'Aime et Bozel elles sont passées des mois sans en faire je pense que vous êtes au courant »
I6 : « ouais tout à fait »
E6 : « et puis en réunion ils disent : ha oui ça on aurait pu le faire c'est vrai qu'on y a pas pensé. C'est pas encore le, le réflexe quoi, ouais ouais »
I6 : « ça va le devenir… »
E6 : « je ne sais pas trop, ouais bah j'espère, hum… »
I6 : « si on sensibilise en continue… »
E6: « bah en fait ce qu'il faut pour que ça devienne un réflexe c'est que tous les médecins téléconsultent quoi…le jour où tout le monde téléconsultera on ne se posera plus de question, si on a le choix, pas le choix…
I6 : « tout à fait, bon merci ! »

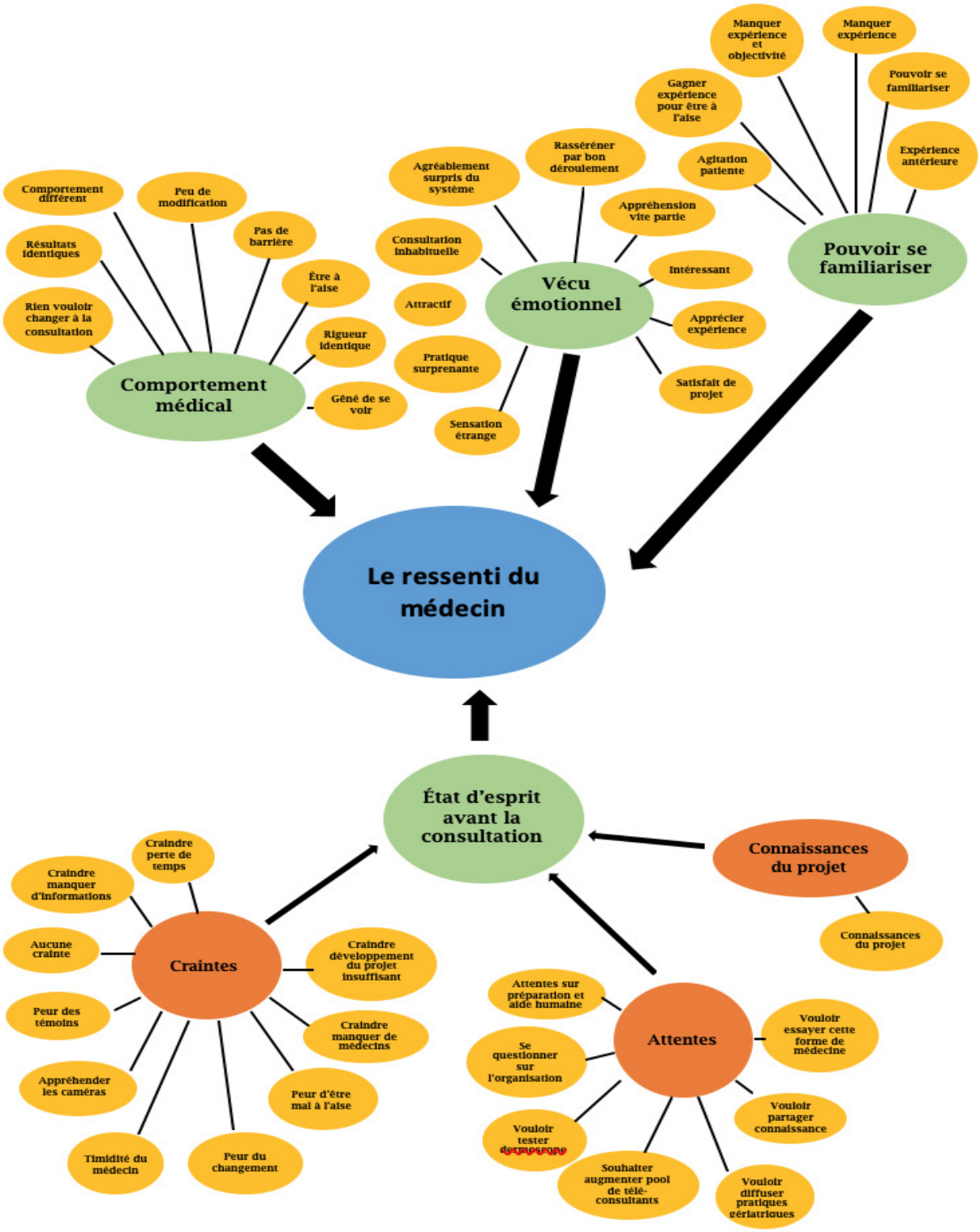
Annexe 8 : La télémédecine dans la société



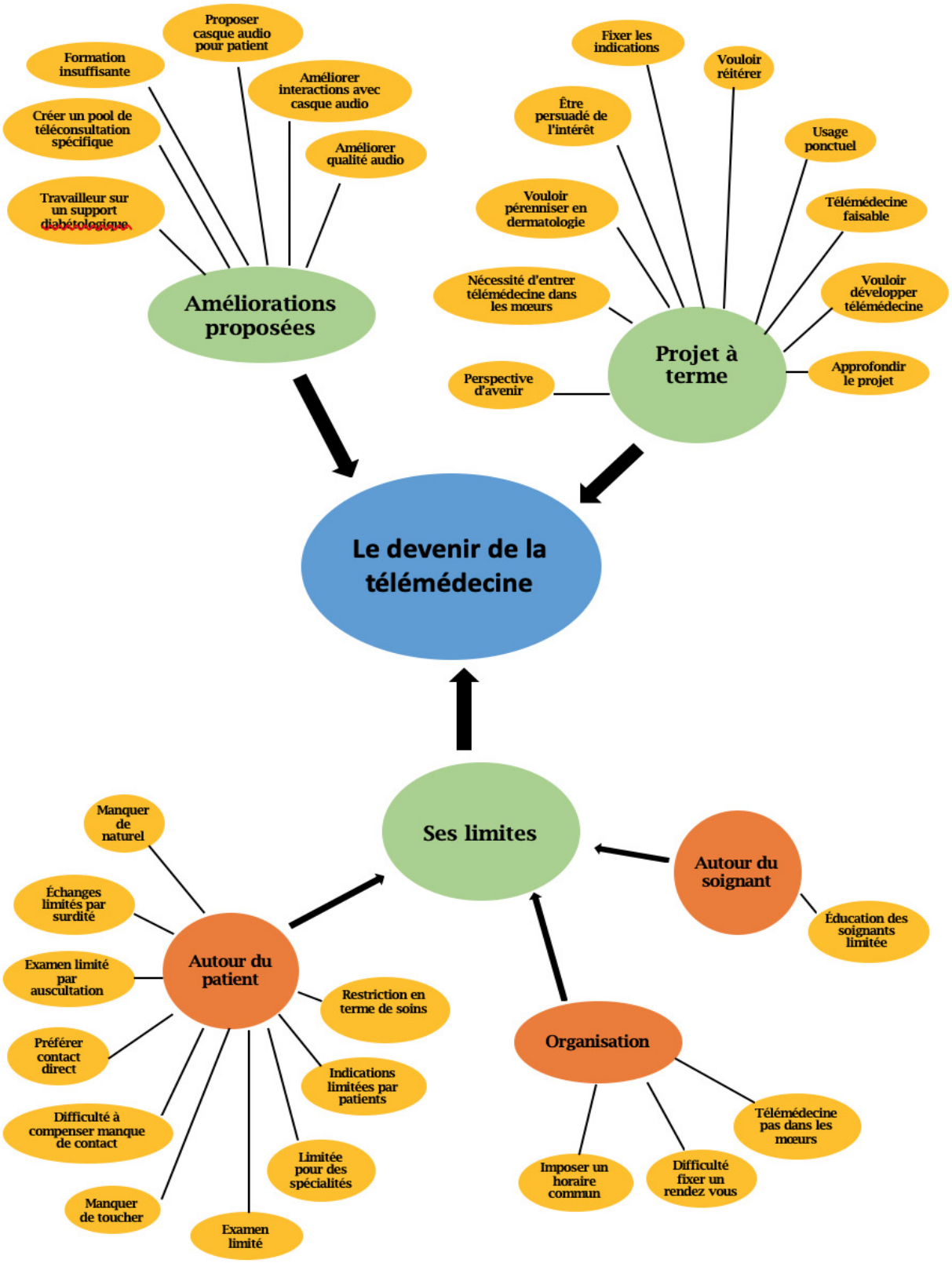
Annexe 9 : La télémédecine en pratique



Annexe 10 : Le ressenti des médecins



Annexe 11 : Le devenir de la télémédecine



Annexe 12 : Questionnaire actuel

TÉLÉMÉDECINE ET PERCEPTION DU MÉDECIN

- **Comment percevez-vous le médecin dans l'exercice de la télémédecine ?**
  - Quelle est sa place ?
  - Que représente pour vous la télémédecine ?

EXPÉRIENCE PERSONNELLE

- **Racontez-moi comment s'est passée la consultation ?**
  - Qu'en avez-vous pensé ?

RAISONS, ATTENTES ET CRAINTES DU MÉDECIN

- **Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez accepté d'entrer dans ce projet ?**
  - Comment êtes-vous entré dans ce projet ?
- **Quelles en étaient vos attentes ?**
- **Quelles en étaient vos craintes ?**

MODIFICATION DU COMPORTEMENT

- **Comment était votre comportement médical par rapport à une consultation classique ?**
  - En quoi a-t-il été modifié ?
  - Pour faire le diagnostic ?
  - Et la relation avec le patient ?

AMÉLIORATION DU DISPOSITIF ET DIFFICULTES RENCONTREES

- **Quelles suggestions avez-vous pour améliorer ce dispositif, au vu des éventuelles difficultés rencontrées, pour que vous acceptiez d'envisager la téléconsultation dans votre exercice futur ?**
  - Au niveau technique éventuelles améliorations à apporter ? (son/image/connexion/)
  - Au niveau humain ? (difficulté avec personnel soignant, patient ?)
  - Au niveau organisationnel (pratique, chronophage ?)

AUTRE

- **Avez-vous quelque chose à rajouter ?**