



HAL
open science

Avis des acteurs de soins primaires sur l'utilisation de la télé expertise, dans leur pratique professionnelle, pour le suivi des plaies chroniques au domicile : étude qualitative

Anne-Sophie Greau

► To cite this version:

Anne-Sophie Greau. Avis des acteurs de soins primaires sur l'utilisation de la télé expertise, dans leur pratique professionnelle, pour le suivi des plaies chroniques au domicile : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02498216

HAL Id: dumas-02498216

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498216v1>

Submitted on 4 Mar 2020

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

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

Université de Bordeaux
UFR des Sciences Médicales

Année 2019

Thèse N°65

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue le 5 Juillet 2019

Par Anne-Sophie GREAU

Née le 22 Mai 1989 à Nantes

Avis des acteurs de soins primaires sur l'utilisation de la télé-expertise, dans leur pratique professionnelle, pour le suivi des plaies chroniques au domicile. Étude Qualitative

Directeur de thèse et co-directeur :

Dr PLADYS Karine et Mr SAINT-MARC David

Jury :

- Pr SALLES Nathalie	.....	Présidente
- Pr DURIEUX William	.....	Rapporteur
- Pr RAINFRAY Muriel	.....	Membre
- Dr BARCAT Damien	.....	Membre
- Dr PLADYS Karine	.....	Directeur de thèse
- Mr SAINT-MARC David	.....	Co-directeur

Remerciements :

A Madame le Professeur Nathalie SALLES,

Professeur universitaire et praticien hospitalier

Gériatre à l'hôpital Xavier Arnoz, CHU de Bordeaux

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant la présidence de ma thèse. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur William Durieux,

Professeur associé et directeur adjoint du département de médecine générale

Médecin généraliste à Targon

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de donner de votre précieux temps pour être le rapporteur de ma thèse. Je vous remercie pour les remarques apportées à ce travail. Avec mon plus grand respect et ma sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Muriel RAINFRAY,

Professeur universitaire et praticien hospitalier

Gériatre à l'hôpital Xavier Arnoz, CHU de Bordeaux

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

A Monsieur le Docteur Damien BARCAT,

Médecin vasculaire au CH de Libourne

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

A Madame le Docteur Karine PLADYS,

Médecin généraliste à Pujols

Tu m'as fait l'honneur de m'accompagner lors de cette thèse, ta présence a été constante du début à la finalisation de ce travail. Un grand merci, c'est grâce à toi que ce travail a pris naissance. Tu m'as fait découvrir, la médecine générale mais aussi la télémédecine via ton DU lors de mes 6 mois de stage à tes côtés. J'ai vraiment apprécié de travailler sous ta direction. Ton regard juste, tes remarques pertinentes, tes encouragements et ta douceur m'ont permis d'avancer au mieux dans ce travail.

A Monsieur David SAINT-MARC,

Sociologue et chercheur associé au centre Emile-Durkheim à Bordeaux

Merci de m'avoir guidé au début de ce travail notamment sur la méthodologie. Merci d'avoir éclairci mes doutes et interrogations sur l'étude qualitative et d'avoir répondu favorablement à mes sollicitations tout au long de ce travail.

Un grand merci à l'ensemble des médecins généralistes et infirmier(e)s libéraux qui ont participé à cette étude. Merci pour vos témoignages, votre confiance, votre accueil et le temps que vous m'avez accordé. Grâce à vous, j'ai pu réaliser mon travail et cela avec plaisir.

A l'ensemble des médecins que j'ai pu rencontrer tout au long de mon internat de médecine générale. Vous m'avez tous beaucoup apporté professionnellement et humainement. Nos échanges, votre expérience, vos conseils me sont utiles au quotidien dans ma pratique professionnelle et le seront tout au long de ma carrière.

A mes parents et à mon frère qui m'ont toujours accompagné et soutenu depuis le début de mes études de médecine. Grâce à vous, j'ai réussi à faire de ma passion un métier. Vous avez toujours eu les mots justes pour me permettre d'avancer et de continuer.

A Alexis, qui depuis 5 ans m'accompagne au quotidien et me rend plus forte chaque jour. Merci de m'encourager et m'accompagner dans mes projets.

Un grand merci à mes amis d'enfance (qui seront se reconnaître) dont leur amitié est si précieuse. Merci de votre écoute, de votre bonne humeur et de votre soutien au quotidien. A tous ces moments de bonheur et de rire passés ensemble depuis maintenant presque 2 décennies !!

Et merci à tous ceux que j'ai pu oublier mais qui se sentiront concernés.

Table des matières :

LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES ABREVIATIONS	10
I- INTRODUCTION.....	11
II- PRE REQUIS.....	13
1- Constat général du problème.....	13
a- Contexte sociodémographique du territoire Libournais.....	13
a-1 Vieillissement de la population.....	13
a-2 Difficultés d'accès aux soins.....	15
b- État des lieux plaies chroniques.....	16
b-1 Épidémiologie.....	16
b-2 Un enjeu économique.....	17
b-3 Formation des acteurs de soins primaires.....	19
b-4 Difficultés de coordination.....	19
2- Les soins primaires.....	20
a- Le virage ambulatoire.....	20
b- Rôle de « pivot » du médecin généraliste.....	22
3- La Télémédecine.....	22
a- Définition.....	22
b- Télémédecine et plaies chroniques : État des lieux en France.....	24
b-1 Le projet DOMOPLAIES.....	24
b-2 Le projet TELEPLAIES.....	26
b-3 Le projet TELECICAL.....	27
b-4 En Aquitaine.....	27
c- Atouts de la Télémédecine.....	30
4- La télé-expertise.....	31
5- Justification de l'étude.....	33
III- MATERIELS ET METHODE.....	35
1- Matériels.....	35
a- Population étudiée.....	35
b- Déroulement de la télé-expertise.....	36
c- PAACO/Globule.....	37

2- Méthode.....	38
IV- RESULTATS.....	40
1- Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	40
2- Notion de télé-expertise.....	42
a- État de connaissance.....	42
a-1 Définition.....	42
a-2 Prise de connaissances.....	44
3- Les raisons du développement de la télé-expertise.....	45
a- Faire face à la pénurie médicale.....	45
a-1 La désertification médicale.....	45
a-2 La difficulté d'accès aux spécialistes.....	45
a-3 Le manque de disponibilité des médecins généralistes.....	46
b- Faire face au vieillissement de la population.....	46
c- Des enjeux économiques.....	47
d- Améliorer la qualité de prise en charge des patients.....	47
d-1 Meilleure qualité des soins pour les patients.....	47
d-2 Meilleure coordination entre les professionnels de santé.....	48
d-3 Gain de temps dans la prise en charge.....	49
e- Le développement du numérique et des nouvelles technologies.....	49
4- Adhésion des acteurs de soins primaires au projet de télé-expertise : pourquoi ?.....	50
a- Assurer un délai de réponse rapide.....	50
b- Assurer une meilleure traçabilité des données.....	50
c- Assurer une meilleure communication entre les professionnels de santé...	52
d- Influence des collègues.....	52
5- Les réticences des acteurs de soins primaires sur l'utilisation de la télé- expertise.....	53
a- Le défaut de réseau internet.....	53
b- La mauvaise utilisation.....	54
c- La perte du contact humain.....	55
d- Le manque de rémunération.....	55
e- Le manque de temps.....	56
6- Perspectives d'avenir de la télé-expertise.....	56
a- Obligation de développement.....	56

a-1	Extension à d'autres domaines médicaux.....	57
a-2	Extension à d'autres utilisateurs.....	57
b-	Risque de sur- développement de la télé-expertise.....	58
7-	Utilisation de la télé-expertise dans le suivi des plaies chroniques.....	59
a-	Impact sur la pratique professionnelle.....	59
a-1	Abord des plaies chroniques inchangé.....	59
a-2	Meilleur suivi des plaies chroniques.....	60
a-3	Réassurance des infirmier(e)s.....	61
b-	Impact sur les compétences professionnelles.....	61
c-	Impact sur la relation médecins traitants-infirmier(e)s.....	63
c-1	Point de vue des infirmier(e)s.....	63
c-2	Point de vue des médecins généralistes.....	64
d-	Impact sur la relation avec le centre de cicatrisation.....	64
e-	Place du médecin traitant dans la télé-expertise.....	65
e-1	Point de vue des infirmier(e)s.....	65
e-2	Point de vue des médecins généralistes.....	66
f-	Impact sur le temps de travail.....	67
g-	Réactions des patients.....	68
8-	Le matériel technique.....	69
a-	Aspect positif.....	69
b-	Difficultés rencontrées.....	70
c-	Traçabilité des données.....	72
V-	DISCUSSION.....	74
1-	Forces et limites de l'étude.....	74
a-	Le choix de la méthode.....	74
b-	Validité interne.....	74
c-	Validité externe.....	75
d-	Le guide d'entretien.....	76
e-	L'analyse.....	76
2-	Résultats principaux de l'étude.....	76
a-	La télé-expertise.....	76
a-1	Un atout économique.....	78
a-2	Une meilleure qualité de prise en charge.....	79
a-3	Des échanges interprofessionnels améliorés et formateurs.....	80

a-4 Les patients : premiers bénéficiaires.....	81
b- Freins au développement de la télé-expertise.....	81
b-1 Problème technique et défaut de réseau internet.....	82
b-2 Majoration du temps de travail.....	82
b-3 Une rémunération qui reste à éclaircir.....	83
b-4 Si le virtuel n'était pas synonyme de déshumanisation.....	84
c- Place du médecin traitant dans la télé-expertise.....	85
3- Perspectives d'avenir.....	85
VI- CONCLUSION.....	87
VII- BIBLIOGRAPHIE.....	89
VIII- ANNEXES.....	95
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	99

Liste des Figures :

Figure 1 : Répartition des communes selon leur appartenance à l'espace urbain ou rural....	13
Figure 2 : Pourcentage des personnes de 75 ans ou plus par pôle au recensement de 2007...	14
Figure 3 : Localisation des généralistes libéraux au 1 ^{er} Janvier 2009 (nombre de médecins par commune).....	15
Figure 4 : Estimation des dépenses d'Assurance maladie remboursées pour les escarres et les ulcères soignés à domicile – 2011.....	18
Figure 5 : Résumé des obligations qui unissent les différents acteurs intervenant au cours des trois principaux actes médicaux de télémédecine.....	23
Figure 6 : Projet TELEPLAIES.....	26

Liste des Tableaux :

Tableau 1 : Évolution du nombre de personnes âgées entre les recensements de 1999 et 2006 (en pourcentage).....	14
Tableau 2 : Estimation des économies potentielles en soins de ville (hors transport, hors IJ) si réduction de la durée de cicatrisation.....	18
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants	41

Liste des abréviations :

EHPAD : Établissements d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes

PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication santé

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

DU : Diplôme Universitaire

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

ALD : Affection de Longue Durée

HAD : Hôpital A Domicile

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux

ARS : Agence Régionale de Santé

IDEL : Infirmière Diplômée d'État en Liberal

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

CH : Centre Hospitalier

ESEA : E Santé En Aquitaine

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

DMP : Dossier Médical Partagé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

INR : International Normalised Ratio

AVK : Anti-Vitamine K

I-INTRODUCTION :

Les plaies chroniques (plaies évoluant depuis 4 à 6 semaines) incluent les ulcères de jambes, les escarres et les plaies du patient diabétique. Elles touchent de nombreuses personnes âgées et altèrent leur qualité de vie.

Le problème des plaies chroniques est un enjeu de santé publique majeur souvent sous-estimé. La prévalence des ulcères de jambes est estimée entre 0,10 et 0,80%, la Commission Economique des Produits et de Prestations (CEPP) estime entre 70 000 et 110 000 le nombre de patients avec des escarres soignés à domicile, avec une tendance à l'augmentation.

Ce qui représente un coût de prise en charge de près d'un milliard d'euros par an, uniquement en soins de ville (1).

Leur prise en charge est difficile en médecine de ville en raison de leurs caractéristiques : plaies complexes et multifactorielles, pathologies chroniques qui nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. De plus, en France, le niveau de connaissance des acteurs de soins primaires est insuffisant et très hétérogène (2). L'avis d'un spécialiste est alors souvent nécessaire.

Mais ce recours aux soins de spécialiste est faible, notamment dans les zones rurales où l'accessibilité géographique est plus difficile que la moyenne, en distance comme en temps d'accès. Cela est donc compensé par un recours plus important à l'omnipraticien.

Pour pallier à ce problème d'offre de soins, la Télémédecine est en plein développement, notamment dans le domaine des plaies chroniques. Avec le lancement en 2014, par le ministère de la santé, dans 9 régions, d'une expérimentation de Télémédecine sous forme de téléconsultation ou de télé-expertise (3,4), dont fait partie le projet inter-régional DOMOPLAIES (5-8).

En Aquitaine, les téléconsultations de plaies chroniques en EHPAD (9,10) sont en plein développement et prouvent leurs intérêts avec des retours d'expérience positifs. Concernant la télé-expertise, un projet pilote vient d'être initié sur le territoire du Libournais et implique le centre de cicatrisation du CH de Libourne. Il repose sur la mise en place d'une articulation ville-hôpital pour la prise en charge des plaies chroniques au domicile, via l'outil PAACO/Globule.

Dans un premier temps, nous chercherons les difficultés de coordination et sociodémographiques rencontrées dans la prise en charge des plaies chroniques, en particulier sur le territoire Libournais.

Nous décrirons l'état des lieux actuel de l'utilisation de la Télémedecine dans le domaine des plaies chroniques.

Puis, nous développerons notre étude qualitative, qui repose sur l'hypothèse que l'utilisation de la télé-expertise représente un intérêt pour les acteurs de soins primaires dans le suivi des plaies chroniques au domicile.

II-PRE REQUIS :

1- Constat général du problème :

a- Contexte sociodémographique du territoire Libournais :

a-1 Vieillesse de la population :

Le Libournais est un territoire de proximité de santé de Gironde et un pôle girondin de solidarité. Il s'étend sur un peu plus de 1 300 km² (11), et compte en 2009 environ 147 776 habitants, soit une densité moyenne du pays de 115,2 habitants/km (12).

Il est constitué de 9 cantons : Cantons de Coutras, Guîtres, Lussac, Branne, Fronsac, Libourne, Castillon-la-Bataille, Pujols et Ste-Foy-la-Grande (13).

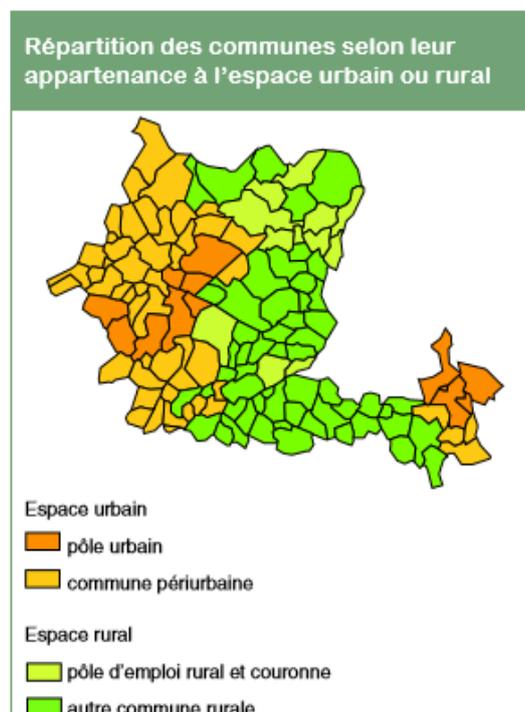
Le nombre d'habitants au km² varie de 17 à plus de 5 000 dans les différentes communes du Libournais. Les trois quarts des communes présentent une densité inférieure à la moyenne du pays. La plus forte densité est observée dans la commune de Ste-Foy-la-Grande (5075 habitants/km²) qui a la plus faible superficie.

C'est un secteur mixte avec des aires urbaines et rurales qui couvrent 53% du pays, avec plusieurs pôles d'emplois ruraux (Saint-Emilion, Castillon-la-Bataille, Saint-Magne-de-Castillon) (Figure 1).

Dans le Libournais, 10,1% de la population à 75 ans et plus (versus 8,9 % en Gironde et 8,1 % à Bordeaux) (12) et environ 3 600 personnes sont âgées d'au moins 85 ans soit 2,5% de la population

Figure 1 : Répartition des communes selon leur appartenance à l'espace urbain ou rural.

Source : Insee-Cartographie : Orsa



(Figure 2). On retrouve un vieillissement de la population plus marqué dans l'est du pays, soit dans les zones rurales.

La commune de Castillon-la-Bataille et les communes urbaines situées à l'extrême sud-est du pays, regroupent le pourcentage le plus élevé de personnes âgées de plus de 75 ans, avec un taux de plus de 15%. Dans les communes de Branne, Libourne et Coutras, on note également une proportion de personnes âgées supérieure à la moyenne du pays.

Comme dans l'ensemble de la région, la population âgée, dans le Libournais, progresse, avec notamment une augmentation de plus de 23 %, en sept ans, du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (Tableau 1).

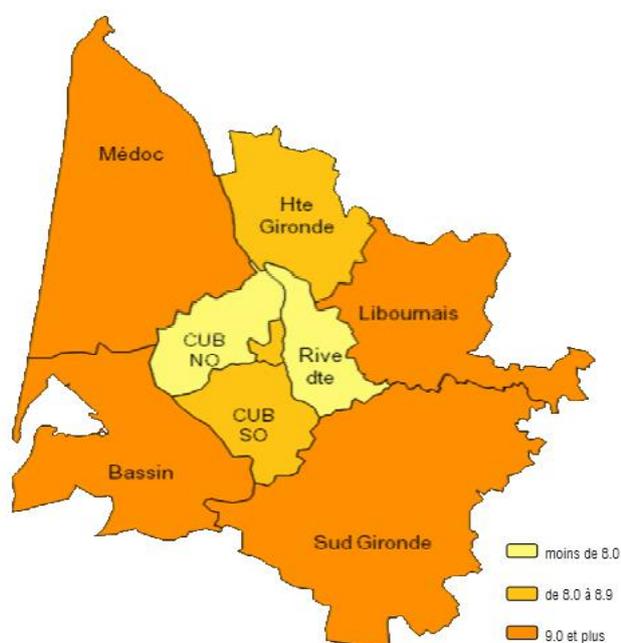


Figure 2 : Pourcentage des personnes de 75 ans ou plus par pôle au recensement de 2007

Source : Insee-Cartographie et exploitation : Orsa

Tableau 1 : Evolution du nombre de personnes âgées entre les recensements de 1999 et 2006 (en pourcentage)

Source : Insee

Évolution du nombre de personnes âgées entre les recensements de 1999 et 2006 (en pourcentage)		
	Pays	Aquitaine
60-74 ans	- 4,7	+ 1,0
75 ans ou plus	+ 23,1	+ 23,9
60 ans ou plus	+ 5,4	+ 9,3

La grande majorité des personnes âgées restent vivre à leur domicile, même après 80 ans (88%), certaines d'entre elles y vivent seules. Dans le Libournais, 30 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent seules à leur domicile. Ce pourcentage augmente avec l'âge et le risque de veuvage (11). Cette situation est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (13).

a-2 Difficultés d'accès aux soins :

La Gironde dispose d'une densité de médecins généralistes libéraux supérieure à la moyenne française (12,8 généralistes pour 10 000 habitants contre 11,1 en France métropolitaine) (14). Mais cela ne témoigne pas de la réalité. Les disparités de densités médicales sont nettes, et peuvent varier du simple au double, ce qui n'empêche pas l'existence de déserts médicaux.

Les pôles présentant les plus fortes densités de généralistes libéraux sont « Bordeaux » et « Rive droite » avec plus de 18 généralistes pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. A l'inverse, les pôles ayant une population vieillissante disposent d'une densité presque deux fois plus faible, comme le pôle de « Libourne » et du « Sud Gironde » qui respectivement comptent 10 et 11 médecins pour 1 000 personnes de 75 ans et plus (11–13).

Dans le Libournais, les médecins généralistes ne sont pas répartis sur l'ensemble du territoire. Ils sont plus nombreux autour de Libourne (1 sur 4 est installé dans la commune de Libourne) et de Coutras que dans la partie Est du pays (Figure 3).

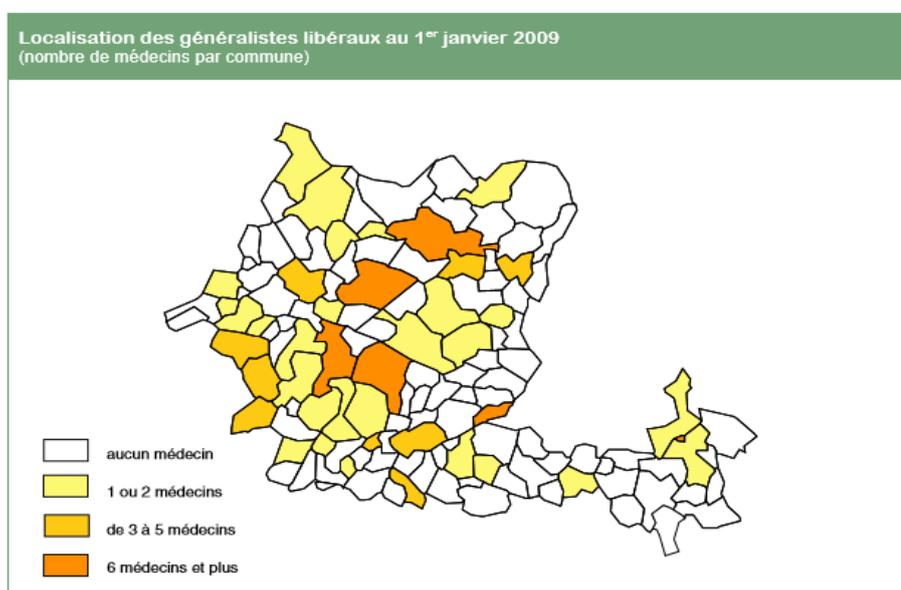


Figure 3 : Localisation des généralistes libéraux au 1^{er} Janvier 2009 (nombre de médecins par commune)

Source : Drass/Dress-cartographie : Orsa

Dans le pays Libournais, 30% des praticiens installés sont des femmes, ce qui est similaire à l'ensemble de la région (11). Par contre, la part des généralistes âgés de plus de 55 ans est plus importante, avec un pourcentage de 50% dans le Libournais, contre 44,2% en Gironde et 45,3%

à Bordeaux (12). 40% des médecins devraient cesser leur activité au cours de la décennie à venir.

Le temps de recours aux généralistes diffère peu de la moyenne régionale, mais le temps d'accès, aux services de court séjour, aux urgences et aux maternités, est parmi le plus élevé (15).

Le pays compte environ une centaine de spécialistes, cependant leur densité est plus faible que la moyenne régionale (6,5 pour 10 000 habitants versus 10,3 en Aquitaine). Les principales spécialités de proximité sont représentées, mais la grande majorité sont installées à Libourne.

Concernant les infirmiers libéraux, leur densité est un peu supérieure à la moyenne régionale (17,9 pour 10 000 habitants contre 16,3 en Aquitaine). Parmi eux, 22,2% ont 55 ans ou plus (18,7 % en Aquitaine). Pour les dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes, c'est l'inverse, avec une densité plus faible que la moyenne régionale : 6,1 dentistes pour 10 000 habitants et 6,4 kinésithérapeutes pour 10 000 habitants (11).

La capacité d'accueil en EPHAD varie nettement dans le territoire de la Gironde. On retrouve la plus faible capacité d'accueil dans le pôle « Libournais » avec 102,1 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (13).

Les soins de courte durée sont majoritairement pris en charge par le centre hospitalier de Libourne. Il dispose de places en médecine, chirurgie et obstétrique. Le centre hospitalier de Ste-Foy-la-Grande dispose également de places en médecine.

Un service d'hospitalisation à domicile existe. Il est géré par une association de Saint-Savin et le centre hospitalier de Libourne et couvre le pays Libournais.

On retrouve des soins de suites et de réadaptation dans le centre hospitalier de Libourne et de St-Foy-la-Grande. Ce dernier dispose également d'une unité de soins de longue durée, destinée principalement à des personnes âgées dépendantes. Une équipe mobile de gériatrie est installée au centre hospitalier de Libourne (11).

b- État des lieux des plaies chroniques :

b-1 Épidémiologie :

En France, la prévalence des plaies chroniques est peu précise. Les estimations rapportées par les littératures sont peu nombreuses et imprécises. Ainsi les chiffres obtenus varient entre 0,10 à 0,80 % pour la prévalence des ulcères de jambe, soit 60 000 à 500 000 personnes. Des estimations de la Commission Economique des Produits et Prestations retrouvent environ 70 000 à 110 000 patients soignés au domicile pour des escarres, avec une tendance à l'augmentation (1).

Cependant, ces chiffres sont peut-être sous-estimés, car 50 à 60% des patients porteurs d'ulcères de jambes évolutifs se soigneraient eux même aux domicile, sans avoir recours aux structures sanitaires (16).

Selon une analyse réalisée par l'Assurance Maladie, à partir des données de remboursement, environ 245 000 patients sont pris en charge à domicile tous les ans, dont 130 000 souffrant d'escarres et 115 000 avec des ulcères veineux.

Les plaies chroniques touchent principalement les personnes âgées. L'âge moyen estimé est de 78 ans pour les personnes souffrant d'escarres et de 71 ans pour les ulcères, avec une nette prédominance féminine, probablement en lien avec une surreprésentation des femmes dans les populations âgées. On retrouve également un niveau d'isolement et de dépendance plus élevé et un niveau social plus bas chez les personnes porteuses d'ulcère de jambe.

Le taux de récurrence et la durée d'évolution sont élevés notamment pour les ulcères veineux par rapport aux autres étiologies, avec environ 24 à 54 % d'ulcères de jambe évoluant depuis plus d'un an et un taux de récurrence rapporté dans la littérature d'environ 17 % (1,16).

b-2 Un enjeu économique :

Les plaies chroniques représentent un problème majeur de santé publique avec un réel enjeu sanitaire mais également économique.

Il faut savoir, qu'en 2011, en France, le coût de la prise en charge des plaies chroniques s'élève à 965 millions d'euros (M€), uniquement pour les soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, médicaments, produits de la LPPR) sans compter les hospitalisations et les transports : 693 M€ pour les escarres et 272 M€ pour les ulcères veineux ou mixtes.

Les actes et les soins infirmiers représentent un peu moins de la moitié des dépenses soit environ 437 M€. Les dépenses pour les pansements et compresses s'élèvent à 210 M€ et pour les médicaments, antibiotiques et antalgiques à 104 M€ (1,16) (Figure 4).

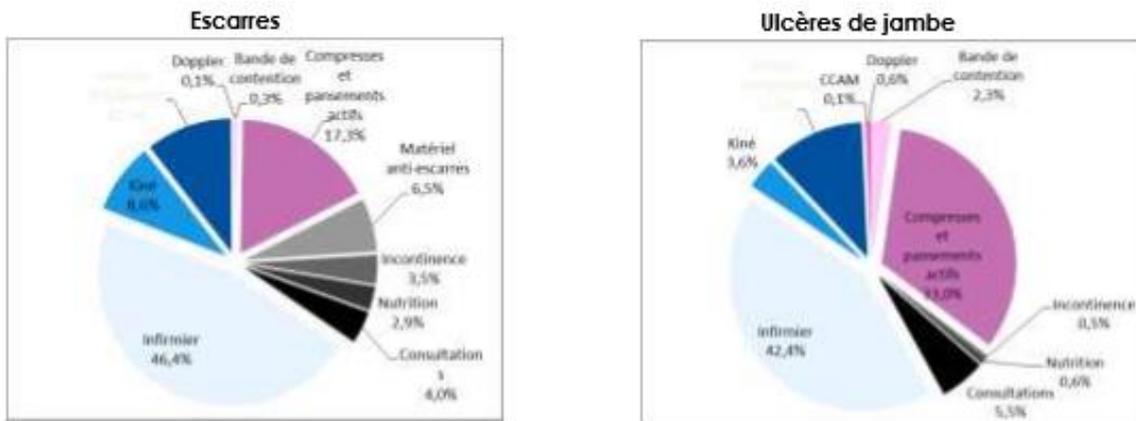


Figure 4 : Estimation des dépenses d'Assurance maladie remboursées pour les escarres et les ulcères soignés à domicile – 2011

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014

Des marges d'amélioration économique sont réalisables et reposent sur une meilleure organisation et coordination des soins entre les centres experts et les acteurs de soins primaires. Cette meilleure communication améliore les résultats de guérison et permettrait des économies non négligeables. Ainsi une baisse de 30 jours de la durée de cicatrisation à partir du 6^{ème} décile, permettrait une économie de 66 M€ en soins de ville (1) (Tableau 2).

Ploies chroniques	Nombre	Durée moyenne de cicatrisation	Coût par jour	Durée 6-ème décile	Baisse 1 jour à partir de 6-ème décile	Baisse 7 jours à partir de 6-ème décile	Baisse 30 jours à partir de 6-ème décile	Baisse 60 jours à partir de 6-ème décile
Ulcères	111 000	211j	17€	129j	0,8M€	5,5M€	24M€	47M€
Escarres	103 600	224j	34€	146j	1,4M€	9,9M€	42M€	85M€
Total	214 600				2,2M€	16M€	66M€	132M€

Tableau 2 : Estimation des économies potentielles en soins de ville (hors transport, hors IJ) si réduction de la durée de cicatrisation.

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014

b-3 Formation des acteurs de soins primaires :

La prise en charge des plaies chroniques est complexe car souvent multifactorielle, parfois chronophage, ce qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Cependant, en France, le niveau de formation des professionnels de santé reste insuffisant dans ce domaine et nécessiterait une amélioration du niveau de formation pour une meilleure prise en charge des plaies (2,17).

Pour les infirmier(e)s, la formation en IFSI reste souvent trop aléatoire. Ainsi une grande partie des infirmier(e)s déplore une formation initiale insuffisante dans le domaine des plaies chroniques.

La formation continue peut alors permettre un apprentissage de qualité et la diffusion de référentiels ainsi que l'accès au DU « plaies et cicatrisation ». Cependant à l'heure actuelle très peu d'infirmier(e)s ont suivi une formation diplômante dans le domaine des plaies chroniques et encore trop peu participent au formation continue, souvent par faute de temps (2).

Ainsi ils se sentent parfois démunis, moins à l'aise lorsqu'une altération de plaie survient d'autant plus que le médecin n'est pas toujours joignable (18).

Concernant les médecins traitants, on retrouve également une formation médicale initiale insuffisante en matière de prise en charge des plaies chroniques, de la connaissance des nouveaux dispositifs médicaux, avec une difficulté d'adaptation des traitements locaux selon les phases de cicatrisation.

Devant une mauvaise évolution de la plaie, plus de la moitié des médecins généralistes demande un avis thérapeutique spécialisé (de ville ou hospitalier) (17–19).

Certains médecins généralistes estiment que les infirmier(e)s sont plus compétents qu'eux et s'occupent plus des plaies chroniques en ville (17).

b-4 Difficultés de coordination :

La prise en charge des plaies chroniques nécessite une meilleure coordination entre les différents intervenants. Effectivement, il est difficile de définir à qui incombe réellement la

responsabilité de la prise en charge, car chaque intervenant se désigne mutuellement garant du suivi.

En effet, certains médecins ne s'impliquent pas ou peu dans la prise en charge des plaies chroniques prétextant le manque de temps et/ou le manque de compétence en la matière. Tandis que d'autres n'apprécient pas les initiatives ou prescriptions des infirmier(e)s qui dispensent des soins sans les consulter (17). Cependant aucune fiche de liaison n'est établie pour l'infirmier(e)s, c'est à sa demande que le diagnostic étiologique et le bilan lui sont transmis (18).

Certains médecins craignent également l'hospitalo-centrisme et regrettent parfois la prise en charge exclusivement hospitalière des plaies chroniques. Ils estiment que le suivi relève du médecin généraliste sauf situation particulière (cas lourds, difficultés sociales, appareillage) requérant alors des soins secondaires. Les généralistes souhaitent rester en première ligne (17,18).

Ainsi devant ces difficultés de coordination, certains médecins généralistes ont proposé une consultation conjointe avec l'infirmier(e) au lit du patient, une meilleure formation de ce(tte) dernier(e) et l'implication de l'infirmier(e) dans des staffs.

Les infirmier(e)s proposent un vrai travail d'équipe sur le suivi des plaies, un échange plus précis avec l'hôpital qui permettrait ainsi une amélioration du suivi et de pouvoir contacter directement le médecin spécialiste des plaies.

Ils ou elles suggèrent un dossier de suivi, une fiche de liaison pour faire le lien et que tous les protagonistes présentent leur avis (17).

2- Les soins primaires :

a- Le virage ambulatoire :

Depuis quelques années, l'accessibilité aux soins primaires ainsi que le parcours de soins sont au cœur des priorités dans l'organisation du système de santé Français.

En effet, il faut cesser de raisonner par secteurs (ville, hôpital) et s'orienter vers un parcours de santé qui s'étend sur une prise en charge globale, structurée et continue du patient au plus près de chez lui.

Ce parcours place le patient au centre de la prise en charge. Ce n'est plus eux qui doivent s'adapter au système de santé mais c'est au système de s'organiser pour répondre à leurs besoins.

D'autant plus que depuis quelques années, notre système de santé doit faire face à l'augmentation des maladies chroniques, à l'allongement de la durée de vie. D'où la nécessité d'investir dans les soins primaires, dit soins de premiers recours comme annoncer dans l'article 64 de *la loi de modernisation de notre système de santé* de Janvier 2016.

Il définit les équipes de soins primaires qui sont constituées autour du médecin généraliste. Elles contribuent à la structuration du parcours de santé du patient, en coordination avec les autres acteurs de premiers recours, dans l'optique de prendre en charge les soins non programmés et la coordination des soins.

L'objectif est d'améliorer le parcours de santé de proximité. En effet, l'ensemble des plans de santé de ces dernières années (cancer, addiction...) insiste sur la coordination des parcours de proximité afin de permettre le maintien au domicile et donc de limiter le risque de dépendance (20–22).

Cette *loi de modernisation de notre système de santé* s'inscrit dans la continuité de la loi HPST de Juillet 2009 , qui définissait pour la première fois la médecine générale de premier recours et l'organisation des soins ambulatoire (23,24).

Tout cela contribue au « virage ambulatoire » qui représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins traitants et des équipes de soins primaires, constituées autour d'eux, les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville et les établissements hospitaliers (20).

b- Rôle de « pivot » du médecin généraliste :

Depuis la loi HPST de Juillet 2009, le rôle du médecin généraliste est renforcé en tant qu'acteur de première ligne dans les soins de premiers recours. Il constitue la principale porte d'entrée dans le système de soins (24).

Au-delà des soins de premier recours, il assure également la prévention, le dépistage, la promotion de la santé et oriente le patient dans le système de soins (23–26).

Il a la pleine responsabilité du parcours de soins du patient. En effet, il coordonne le parcours de soins des usagers, il établit les protocoles de soins pour les ALD, il centralise et synthétise le dossier patient. Il a une proximité et une connaissance approfondie du patient et de son environnement. Il est donc, dans les prises en charge complexes, à l'interface des autres acteurs de soins (centres hospitaliers, spécialistes...) (25) .

Ce rôle de « pivot » est retrouvé dans *la loi de modernisation de notre système de santé*, avec son article 64 qui définit les équipes de soins primaires comme un ensemble de professionnels de santé de premier recours autour de médecins généralistes (21).

Ainsi, les professionnels des soins primaires sont garants de cette évolution du parcours de soins, en priorité les médecins généralistes. Cela implique donc des changements, notamment une meilleure coopération entre professionnels, ainsi que le développement d'alternatives à l'hospitalisation comme l'HAD ou la télémédecine (20).

3- La Télémédecine :

a- Définition :

La Télémédecine est définie dans le décret relatif à la Télémédecine du 19 Octobre 2010, comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Elle permet de mettre en rapport, entre eux, ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Cinq actes de télémédecine sont reconnus (27,28):

- La téléconsultation : permet 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.
- La télé-expertise : permet au 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 du patient.
- La télésurveillance : permet 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.
- La téléassistance : permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale : est apportée dans le cadre de la régulation médicale (régulation par le SAMU).

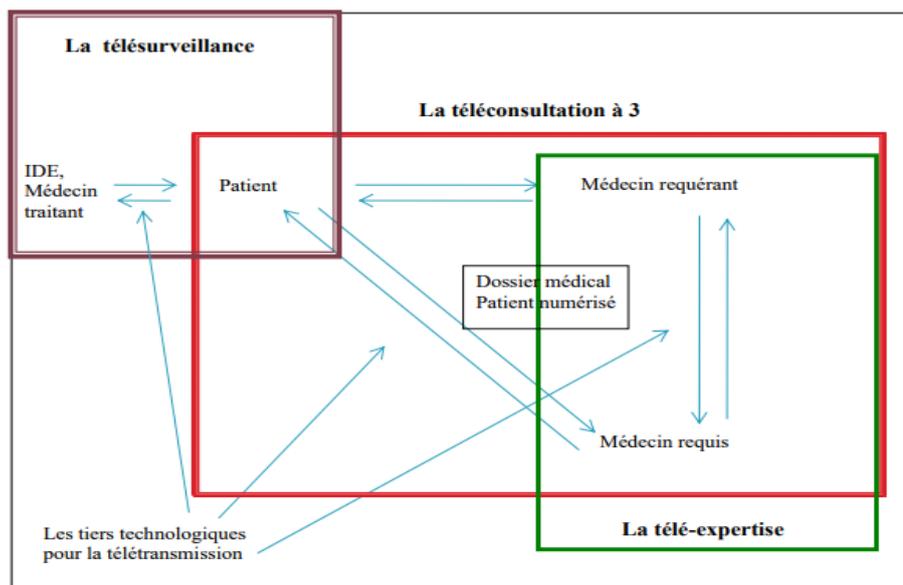


Figure 5 : Résumé des obligations qui unissent les différents acteurs intervenant au cours des trois principaux actes médicaux de télémédecine.

Source : Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Nov 2008.

La Télémédecine est un vecteur important d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles. Elle permet une meilleure prise en charge, au plus près du lieu de vie des patients, et contribue à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé.

Elle est déjà présente dans différents domaines, comme la prise en charge des AVC (Télé-AVC), des patients dialysés (Télé-dialyse), des patients diabétiques, insuffisant cardiaque, pulmonaire et rénaux chronique avec la télésurveillance. Elle se développe dans les EPHAD et les centres pénitenciers. On la retrouve également dans la prise en charge des plaies chroniques avec les téléconsultations et la télé-expertise.

b- Télémédecine et plaies chroniques : État des lieux en France :

La Télémédecine est en plein développement dans le domaine des plaies chroniques.

En particulier avec le lancement en 2014, par le ministère de la santé, d'une expérimentation de Télémédecine sous forme de téléconsultation ou de télé-expertise pour le suivi des plaies chroniques et/ou complexes.

Cette expérimentation a lieu dans 9 régions pilotes : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Pays de Loire, Martinique et Picardie (3).

Mais d'autres projets de Télémédecine, dans le suivi des plaies chroniques, ont également vu le jour dans diverses régions de la France.

b-1 Le projet DOMOPLAIES : (5-8)

Lancé en 2013, commun aux régions Basse-Normandie et Languedoc-Roussillon, il est soutenu par ASIP-santé et l'ARS. Il apporte un soutien aux soignants en difficulté, face à une prise en charge de plaies complexes au domicile ou en établissements de santé, avec l'aide d'un centre expert.

La région Languedoc-Roussillon dispose depuis 1999 de Cicat-LR, un réseau d'experts en plaie et cicatrisation. Il s'appuie sur des infirmier(e)s référent(e)s, spécialisé(e)s dans la prise en charge des plaies chroniques grâce au DU « plaie et cicatrisation ».

Coté Basse-Normandie, le réseau Telap a mis en place, depuis 2009, un projet de Télémédecine appliqué aux plaies, car la région ne propose pas le DU « plaie et cicatrisation » et donc dispose de moins d'infirmier(e)s expert(e)s.

Dans chacune des régions, on retrouve 3 centres experts. Pour le Languedoc-Roussillon présence de centre expert à Perpignan, Montpellier, Nîmes et en Basse-Normandie à Caen, Alençon et Cherbourg.

Ce projet inter-régional permet de mettre en œuvre une téléconsultation, une télé expertise, une téléassistance pour améliorer la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes pour tous les professionnels de santé rencontrant des difficultés dans la prise en charge de ce type de plaies.

Les demandes de Télémédecine émanent d'un binôme, médecin traitant et infirmier(e)s, non expert en plaie et cicatrisation. Ils sont mis en relation avec les experts du réseau (7 médecins spécialistes et 11 infirmier(e)s qualifié(e)s pour le suivi des plaies) par le biais d'une tablette numérique ou d'un simple smartphone.

Leur activité a lieu principalement au domicile des patients (54%). Les actes en structures concernent d'abord les EHPAD (33%), les cliniques (3%) et en HAD également 3%.

Les premiers résultats sont encourageants avec une amélioration de la couverture du territoire par le réseau et une plus grande rapidité dans les délais de réponses. On constate également une montée en compétences des anciens requérants.

Concernant le taux de plaies cicatrisées en moins de 70 jours, celui-ci n'est pas significativement différent entre une prise en charge par le réseau Domoplaies et une prise en charge habituelle.

Pour le coût journalier, on note un intérêt économique quand les coûts liés aux transports sont pris en compte : 22,09 € avec Domoplaies contre 44,20 € en prise en charge habituelle.

Concernant le matériel technique, il a fallu adapter les outils aux requérants (tablettes plus adaptées aux structures et smartphones plus adaptés à la pratique libérale) et résoudre le

problème du mode de connexion au réseau qui est souvent insuffisant (mode déconnecté de secours).

b-2 Le projet TELEPLAIES : (29,30)

Il est porté par le centre hospitalier de Paimpol, et fait partie des projets pilotes déployés sur Sterenn en 2015, plateforme de télé médecine régionale lancée par GCS e-santé Bretagne en collaboration avec l'ARS.

Ce projet réunit 5 centres hospitaliers : St Brieuc, Guingamp, Lannion, Paimpol et Tréguier. Des actes de téléconsultations sont réalisés entre le CH de Paimpol et un chirurgien vasculaire expert basé au CH de St Brieuc. Des actes de télé expertise et de téléassistance sont également effectués entre les centres hospitaliers et également avec 4 infirmier(e)s libéral(e)s et 4 EHPAD (Figure 6).



Figure 6 : Projet TELEPLAIES

Source : GCS e-santé Bretagne

b-3 Le projet TELECICAL : (31–33)

TELECICAL est une plateforme de Télémédecine dédiée à la cicatrisation des plaies chroniques et/ou complexes, initié depuis 2014, à Strasbourg, par un binôme médical et technologique représenté par la défunte Dr Françoise Mantz et Aurélien Michot, soutenu par l'ARS du Grand-Est et le GCS Alsace e-santé.

Ce projet a pour but d'apporter une expertise pluridisciplinaire et pluri-professionnelle à distance avec l'ambition de contribuer à optimiser la prise en charge du patient depuis son lieu de vie, à domicile ou en établissement médico-social, grâce aux tablettes ou smartphones et aux chariots de Télémédecine.

L'équipe de TELECICAL apporte facilement et rapidement un avis spécialisé et une proposition de plan de traitement adapté à la plaie, sans déplacer le patient. Tout est pensé pour que la participation des professionnels de santé soit la plus ergonomique et la moins chronophage possible : elle se limite à l'envoi de photos annotées par messagerie sécurisée. Un logiciel d'analyse spécifique des plaies permet une mesure précise de la surface de la plaie et de l'édition d'un plan de traitement après avis spécialisé d'un binôme infirmière stomathérapeute, spécialisée en plaie et cicatrisation, et du médecin spécialiste référent. Un suivi régulier jusqu'à cicatrisation est alors programmé, ainsi que des contrôles jusqu'à 9 mois après cicatrisation pour prévenir les récives.

Les premiers résultats sont là aussi encourageants avec l'étude menée par le Dr Françoise Mantz. De Janvier à Mai 2016, 42 plaies ont été suivies par télé-expertise (68%) ou téléconsultation (27%) ; 32 plaies ont été revues au moins une fois avec pour 60% d'entre elles une amélioration, 15% avec un état stationnaire et 40% des cas une aggravation été constatée. La prise de photos n'a pas pris de temps aux requérants et pour l'ensemble des acteurs de soins, l'indice de satisfaction était de 100%.

b-4 En Aquitaine :

CHU de Bordeaux :

Entre 2012 et 2013, soutenue par l'ARS et GCS Télésanté Aquitaine (nouvellement ESEA Nouvelle-Aquitaine¹), une expérimentation de téléconsultation pour la prise en charge des personnes âgées en EHPAD souffrant de plaies chroniques a été réalisée. Portée par le Pr Salles, gériatre au pôle de gérontologie clinique de Xavier Arnosan (CHU de Bordeaux) et présidente de la Société Française de Télémedecine, 6 EHPAD ont été inclus dans cette expérimentation et ont bénéficié de téléconsultation pour les plaies complexes.

Les résultats sont alors encourageants et démontrent que la Télémedecine améliore la cicatrisation des plaies avec une régression de la surface des plaies et une diminution de la douleur des patients. Également une diminution des dépenses par une réduction significative du rythme de changement des pansements. Tout cela permet une amélioration du confort et de la qualité de vie des patients (9,34).

La deuxième phase de cette expérimentation, débutée en 2014, a pour objectif de réaliser des téléconsultations entre un centre expert et des EHPAD pour des patients présentant l'une des pathologies suivantes : plaies chroniques, soins palliatifs, troubles psychomoteurs liés à la démence, psychiatrie (34). Les premiers résultats ont montré que la Télémedecine permet d'éviter et de diminuer les allers et retours des résidents des EHPAD à l'hôpital et que la téléconsultation permet de réaliser une évaluation gériatrique globale (35).

En Juin 2017, la Nouvelle -Aquitaine a fêté sa 1000ième téléconsultation en EHPAD avec 50 EHPAD équipées en Gironde et en Dordogne.

Désormais au CHU de Bordeaux, plus de 70 actes de téléconsultation sont réalisés tous les mois (36) .

CH de Libourne (objet de l'étude) :

Concernant la télé-expertise des plaies chroniques, un projet pilote a été lancé début 2018, sur le territoire du Libournais et implique le centre de cicatrisation du CH de Libourne.

Ce centre de cicatrisation a été créé en novembre 2011. Il regroupe une équipe pluridisciplinaire : médecin vasculaire, dermatologue, médecin physique de réadaptation avec

¹ Créée le 1^{er} Octobre 2017, l'ESEA Nouvelle-Aquitaine est un GRADeS (Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé) qui regroupe les 3 GCS : :e-santé Poitou-Charentes, Télésanté Aquitaine et la branche E-santé du GCS Epsilon.

si besoin un avis possible diabétologue, chirurgien vasculaire, radiologue ainsi que professionnels paramédicaux, infirmier(e)s spécialisé(e)s, podologues, podoprothésistes.

Rapidement il a vu son activité grandir. Cependant il n'était pas rattaché à un réseau ville-hôpital. Le délai pour une première consultation était de 5 à 6 semaines. Il existe 3 types de créneaux hebdomadaires : urgences, nouveaux patients et consultation de suivi.

L'âge moyen des patients est de 77 ans, avec plus de la moitié vivant au domicile (10% seulement viennent des EHPAD).

Le projet repose sur la mise en place d'une articulation ville-hôpital par télé-expertise, via l'outil PAACO/Globule, pour une prise en charge efficiente des plaies chroniques au domicile.

Autres Projets :

Durant l'année 2017, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a reçu une dizaine de demandes de projets de télé-expertise portant principalement sur la prise en charge des plaies chroniques ou des problèmes dermatologiques.

Devant l'ensemble de ces demandes, ils ont créé, un Groupe de Travail Régional « Télémédecine plaie et cicatrisation » qui se porte principalement sur 3 sites, dont le site de Bordeaux avec le CH de Libourne, le site du CH de Tulle et le site de Poitiers avec le CH de Niort.

Le principal problème retrouvé dans l'ensemble des demandes était une difficulté d'accès aux soins pour la prise en charge des plaies.

Concernant le site de Tulle, l'objectif est de créer une coordination dans la prise en charge des plaies chroniques entre le CH de Tulle et les centres médicaux, les MSP éloignés.

La première consultation a lieu au CH de Tulle, avec réalisation d'examen complémentaires si besoin, puis réalisation d'actes de télé-expertise ou de téléconsultation dans les EHPAD ou MSP équipées.

Pour le CH de Niort, le projet concerne uniquement des EHPAD avec demande d'actes de télé-expertise dans la prise en charge des plaies

Le début des projets a eu lieu courant 2017 pour le site de Niort et de Tulle, ainsi il y a encore peu de retour d'expérience. Cependant cela semble positif avec peu de dysfonctionnement technique, de la réassurance, du confort et de la sécurité pour les soignants (37).

c- Atouts de la Télémédecine :

De nombreux pays s'appuient sur la Télémédecine pour : contrecarrer de grande distance, améliorer l'accès aux soins, compenser une faible densité de population, faire face à des conditions climatiques difficiles et prendre en compte le vieillissement de la population.

Les principaux pionniers sont les États-Unis (USA), le Canada et les pays d'Europe du Nord. La première utilisation date des années 50 au Nebraska (USA), qui grâce à un système de télévision interactive à deux voies réalisa une téléconsultation en psychiatrie avec un hôpital situé à 112 miles de distance.

De nos jours, les pays les plus actifs sont les USA, l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, le Royaume Uni, la Grèce, l'Italie, le Japon, la Malaisie, la Norvège, la Hollande, la Suède, la Suisse et la Finlande (38).

Ainsi différentes expérimentations ont été menées dans d'autres pays, sur la prise en charge des plaies chroniques par la Télémédecine. Il en ressort des avantages de plusieurs ordres : économique, connaissances professionnelles et amélioration de l'accès aux soins (observance thérapeutique des patients, qualité de la prise en charge).

La rentabilité économique fait l'objet de nombreuses études. En effet l'utilisation de la Télémédecine semble diminuer les coûts de manière directe et indirecte.

C'est ce que conclut une étude menée au Royaume Uni, sur l'évaluation du rapport coût-efficacité d'un service de télédermatologie en médecine générale. La télédermatologie est rentable pour gérer les lésions cutanées d'apparence bénignes. Elle a permis une économie de 12 460 livres sur 3 ans (39).

Eminovic et *al.* ont également démontré, dans une étude d'analyse des coûts en télédermatologie, aux Pays bas, que des économies par télédermatologie peuvent être réalisées si la distance avec un dermatologue est supérieure ou égale à 75 km ou quand au moins 37 % de consultations peuvent être évitées (40).

Une étude menée en Corse, sur 1 an de Mars 2015 à Mars 2016 , évaluant l'efficacité et la pertinence de la prise en charge, par télé-expertise, des plaies chroniques et tumeurs cutanées

en cabinet médical de ville, démontre que la télé-expertise permet une économie, en terme de trajets et de transports sanitaires, pour les patients, avec 10 665 km évités (41).

Autre atout de la Télémédecine, l'amélioration des compétences professionnelles que l'on retrouve dans l'étude menée par Dobke *et al.* aux États Unis (42) avec la majorité des médecins (93%) qui concluent que la Télémédecine pour les soins des plaies est un outil utile dans leur pratique et qu'ils continueraient à l'utiliser. Idem dans l'étude de Van der Heijden menée aux Pays Bas (43), où les médecins généralistes sont satisfaits des téléconsultations de dermatologie. Elles leur ont permis d'acquérir des compétences professionnelles.

Aussi la Télémédecine favorise l'accès aux soins, en améliorant la qualité de la prise en charge des plaies et la qualité de vie des patients, et en favorisant leur observance thérapeutique. Dans un étude qualitative menée au Royaume Uni sur la télésurveillance de patients atteints de maladies chroniques complexes, MacNeill *et al.* (44) ont démontré que le patient devient expert dans la compréhension de leur état, entraînant des changements de comportement et souvent des améliorations ou des stabilisations de leur condition et de leur qualité de vie.

Au cours d'une étude Canadienne, de 9 mois, sur la téléconsultation de patients souffrants de plaies, 76% des plaies traitées ont diminué de taille et le temps de réponse moyen pour les consultations était de 2,61 jours (45).

4- La télé-expertise :

Comme mentionné plus haut, la télé-expertise permet à un médecin (médecin requérant) de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs confrères (médecin requis) en raison de leur formation ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge du patient. Cela se déroule en dehors de la présence du patient (46).

Tout médecin peut recourir à la télé-expertise, quel que soient : sa spécialité, son lieu et son secteur d'exercice professionnel (cabinet de ville, MSP, EHPAD...).

Cette télé-expertise est, pour le moment et jusqu'en fin 2020, réservée aux patients pour qui l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur localisation géographique :

- Patients en ALD
- Patients atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation
- Patients résidents en zones dites « sous-denses », telles que définies à l'article 1434-4 du Code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles
- Patients résidents en EHPAD ou structures médico-sociales
- Personnes détenues.

Après 2020, cela pourra peut-être s'ouvrir à d'autres catégories de personne.

La décision d'avoir recourt à la télé-expertise dépend du médecin requérant et sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis. Dans tous les cas le recueil du consentement du patient est nécessaire avant tout acte de télé-expertise. A l'issue d'une télé-expertise, le médecin requis doit rédiger un compte rendu, l'archiver dans le dossier du patient, idéalement dans le DMP du patient puis le transmettre au médecin requérant.

Il faut savoir qu'il existe 2 niveaux de télé-expertise qui varie selon la complexité du dossier du patient et de leur fréquence.

Niveau 1 : Ne nécessite pas la connaissance au préalable du patient par le médecin expert ; il s'agit d'une question simple qui ne nécessite pas d'approfondir la situation médicale du patient (ex : interprétation d'une photographie d'un tympan, étude d'une spirométrie ou d'une rétinographie...)

Niveau 2 : Nécessite la connaissance préalable du patient par le médecin expert. Il s'agit d'un avis en réponse à une situation médicale complexe (ex : surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'évolution, suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation, adaptation d'un traitement anti-épileptique...)

Après 10 ans d'expérimentation de la Télémédecine, un accord a été conclu le 14 Juin 2018 entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux, avec l'avenant 6 de la convention médicale. Ce qui permet depuis le 10 Février 2019, le remboursement des actes de télé-expertise par l'Assurance Maladie.

Le tarif des remboursements tient compte du niveau de télé-expertise réalisé (1 ou 2) et de sa fréquence. Le remboursement n'est pas cumulable avec un autre acte ou majoration et ne peut donner lieu à un dépassement d'honoraire :

Pour le médecin requis, il s'agit d'une rémunération à l'acte. Pour la télé-expertise de niveau 1, elle est de 12 €, dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient. Pour la télé-expertise de niveau 2, elle est de 20 €, dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient, comme par exemple dans le cas de la surveillance d'une plaie chronique en voie d'aggravation.

Pour le médecin requérant, il s'agit d'un forfait annuel. La rémunération est de 5 € par télé-expertise de niveau 1 et de 10 € par télé-expertise de niveau 2 dans la limite de 500 € par an. Le calcul est fait automatiquement par l'Assurance Maladie aucun acte n'aura besoin d'être facturé par le médecin requérant. De manière dérogatoire et transitoire l'acte de télé-expertise est facturé en tiers-payant. Il est pris en charge à 100%.

5- Justification de l'étude :

Les plaies chroniques représentent, depuis quelques années, un problème majeur de santé publique, avec une augmentation de leur prévalence en raison, en partie, du vieillissement de la population.

Cependant leur prise en charge en milieu ambulatoire peut poser des difficultés aux acteurs des soins primaires, devant le manque d'expérience, de formation et de la complexité des plaies.

Un avis spécialisé est souvent nécessaire.

Mais le recours au spécialiste est souvent difficile, du fait des délais de rendez-vous de plus en plus long et de l'éloignement géographique, en particulier dans les zones rurales, comme en témoigne le territoire du Libournais.

Ainsi pour faciliter la coordination des soins, la prise en charge de ces patients souffrant de pathologies chroniques et notamment de plaies chroniques, se développe l'utilisation des nouvelles technologies de communication via la Télémédecine.

Pour favoriser l'accès aux soins des patients, le Ministère de la Santé a encouragé le développement de la Télémédecine en milieu ambulatoire, elle qui était encore trop limitée au champ hospitalier.

Dans la région Aquitaine, les téléconsultations en EHPAD sont en plein développement et prouvent leurs intérêts avec des retours positifs d'expérience. Cependant le développement de la télé-expertise des plaies chroniques, en milieu ambulatoire reste encore trop timide. C'est donc dans ce contexte, qu'un projet pilote a été initié sur le territoire du Libournais, impliquant le centre de cicatrisation du CH de Libourne. Il repose sur la mise en place d'une articulation ville-hôpital pour la prise en charge des plaies chroniques au domicile, via la télé-expertise.

De nombreuses études évaluent les attentes des médecins généralistes (17,47,48) sur le développement de la télé-expertise dans le domaine des plaies chroniques mais très peu évaluent le retour d'expérience de cette technique et notamment l'avis des acteurs de soins primaires sur son utilisation dans leur pratique. Une étude de satisfaction, avec retour d'expériences des médecins généralistes a été menée récemment, mais aborde « la Télémédecine en EHPAD » (49).

L'objectif principal est d'évaluer l'intérêt de l'utilisation de la télé-expertise, dans la pratique des acteurs de soins primaires, pour le suivi des plaies chronique au domicile. Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- Évaluer les potentielles réticences des acteurs de soins primaires à l'utilisation de la télé-expertise
- Évaluer leurs attentes sur l'avenir de la télé-expertise
- Évaluer la place du médecin traitant dans la télé-expertise
- Évaluer le matériel technique

III- MATERIELS ET METHODE :

1- Matériels :

a- Population étudiée :

Les acteurs de soins primaires, médecins généralistes et infirmier(e)s libéraux, recrutés pour cette étude, étaient issus d'une liste fournie par le GCS Télésanté Aquitaine (nouvellement ESEA Nouvelle-Aquitaine). Cette liste regroupe les utilisateurs de la plateforme PAACO/Globule sur le territoire du Libournais. Elle comporte des médecins généralistes, des infirmier(e)s libéraux et des pharmaciens.

Dans notre étude, nous nous sommes principalement intéressés aux médecins et infirmier(e)s. Au total, nous avons 7 médecins et 21 infirmiers qui figuraient sur cette liste.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste ou infirmier(e)s libéraux, travailler dans le territoire Libournais et faire de la télé expertise, via la plateforme PAACO/Globule avec le centre de plaie et cicatrisation du Dr Barcat, situé au CH de Libourne.

Les différents acteurs de soins primaires étaient contactés par mail ou par entretiens téléphoniques.

Les entretiens individuels se sont déroulés sur la période du 4 Juillet au 14 novembre 2018 selon les souhaits et disponibilités des différents participants interviewés.

Ils ont été réalisés sur un temps défini par les participants, soit lors d'une pause sur leur lieu de travail, soit lors d'un jour de repos, soit après leur journée de travail. L'ensemble des entretiens s'est déroulé sur le lieu de travail des différents professionnels de santé (cabinet infirmier ou médical) pour des raisons pratiques.

La durée des entretiens était variable selon les acteurs de soins primaires, avec une moyenne 25 minutes par entretien, pouvant aller jusqu'à 45 minutes pour certains.

A la fin de chaque entretien, des questions sociodémographiques ont été posées à chaque professionnel de santé interviewé (Annexe 2) :

- Age
- Nombre d'année d'installation
- Mode d'exercice
- Distance avec le CH de Libourne
- Nombre de patients suivi en télé-expertise

Les différents entretiens ont été individualisés en utilisant un codage spécifique :

- Médecin généraliste (M) de 1 à 5
- Infirmier(e)s libéraux (IDE) de 1 à 10

b- Déroulement de la télé-expertise :

Les patients, porteurs de plaies chroniques, sont adressés par le binôme médecin traitant/infirmier(e) libéral(e) requérant au centre expert de plaie et cicatrisation du CH de Libourne, dirigé par le Dr Barcat. Les patients bénéficient toujours de la première consultation, au centre de cicatrisation, qui est essentielle au diagnostic et à la réalisation des examens complémentaires.

Puis les consultations de suivi se font au domicile du patient, en fonction de la décision du médecin coordinateur du centre qui inclut les patients, en télé-expertise, au cas par cas, et du consentement du patient.

Puis un suivi en Télémédecine du patient est donc proposé. Un dossier patient virtuel est créé sur la plateforme PAACO/Globule et un rendez-vous au domicile du patient, pour une télé-expertise asynchrone, est créé par le médecin coordinateur.

Le jour du rendez-vous de télé-expertise, les infirmier(e)s et/ou médecin traitant prennent des photos ou une courte vidéo, envoient un texte descriptif sur PAACO/Globule. Ces informations seront lues de façon asynchrone par le médecin coordinateur du centre expert. Un échange d'information instantané type « tchat » est également possible.

Le médecin coordinateur partage son avis, fait parvenir le protocole de soins via PAACO/Globule et les rendez-vous suivants sont programmés.

Les infirmier(e)s, les médecins traitants peuvent lancer une alerte et solliciter un avis via la Télémédecine en fonction de l'évolution de la cicatrisation. Ainsi un rendez-vous peut être retardé ou avancé.

c- PAACO/Globule : (50,51)

PAACO/Globule est un outil numérique utilisable en web ou en mobilité, il permet de fluidifier et sécuriser le partage d'information entre les professionnels, mais aussi de structurer le travail des coordinatrices. L'application est disponible sur smartphone ou tablette en version iOS et Android.

Il présente différentes fonctionnalités qui permettent de :

- Suivre, coordonner et planifier la prise en charge de l'ensemble des parcours de santé
- Partager un dossier patient regroupant les principales informations nécessaires à la coordination
- Communiquer au sujet d'un patient sous forme de messages écrits, de notes vocales, de partages de photos et de documents (SMS sécurisés)
- Saisir un Plan Personnalisé de Santé (PPS) et Plan de Service Individualisé (PSI)
- Notifier des alertes et des tâches
- Réaliser des actes de télé-expertise
- Suivre et organiser l'activité d'une structure de coordination

Il existe un mode déconnecté qui permet son utilisation en tous lieux notamment au domicile des patients quand ils résident dans des zones isolées.

Différentes interfaces sont en lien avec PAACO/Globule, comme :

- L'outil de téléphonie FCC (Flexible Contact Center) qui permet aux coordinatrices de mieux gérer les flux d'appels et de pouvoir travailler sur les deux outils en même temps.
- Le Dossier Patient Informatisé Crossway Hospital qui permet aux professionnels de ville et hospitaliers d'échanger, de façon sécurisée, sur un patient. Crossway envoie

automatiquement sur le journal PAACO/Globule les principaux documents de sortie du patient, ce qui renforce les liens ville-hôpital.

- Le logiciel de service à la personne, Apologic, permet aux services de soins et d'aides à domicile de communiquer avec l'ensemble des intervenants autour du patient, mais aussi de partager le planning d'intervention à domicile en retraçant l'action et le nom de l'intervenant (la MAIA).

A savoir que d'autres interfaces sont en cours.

PAACO/Globule est l'outil de coordination de la plateforme d'appui Santé Landes, mise en place dans le cadre du programme Territoires de Soins Numériques (TSN). Le programme TSN permet de faire évoluer PAACO/Globule dans le cadre d'un marché avec le consortium Capgemini-Orange-Kilab. Ainsi, il s'enrichit régulièrement de nouvelles fonctionnalités définies en co-constuction avec ses utilisateurs.

C'est l'outil qui a été choisi par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour équiper les futures Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et des équipes de soins de proximité de la région Nouvelle-Aquitaine.

2- Méthode :

Sur les conseils de Mr Saint-Marc David, sociologue et chercheur associé au centre Emile-Durkheim à Bordeaux, une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretien individuel semi-directif. Étude menée auprès de médecins généraliste et infirmier(e)s libéraux qui utilisent la télé-expertise, via la plateforme PAACO/Globule, pour le suivi des plaies chroniques avec le centre de cicatrisation du CH de Libourne.

L'analyse qualitative permet de se centrer sur l'individu en cherchant à l'appréhender dans toute sa complexité et lui laisse libre expression.

Contrairement à l'analyse quantitative qui décrit, en chiffre, ce qui s'est passé à un instant t , l'analyse qualitative contextualise et rend compte, de manière globale ce qui se passe, en tenant compte des impressions et sentiments des personnes (52).

Le recueil des données s'est fait à partir d'entretien semi directif, technique d'enquête qui permet d'assurer un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, pour que ce dernier puisse s'exprimer librement tout en étant dans un cadre défini par l'enquêteur (53).

Ce type d'entretien permet d'approfondir un domaine spécifique et circonscrit, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives (54).

L'entretien semi-dirigé a été choisi car il possède une trame souple constitué de questions ouvertes (55).

Un guide d'entretien a été établi (Annexe 1) avec une vingtaine de questions ouvertes, afin d'encourager une réflexion élargie sur le sujet. Des questions de relance pouvaient s'intercaler si les réponses données étaient jugées trop vagues, peu informatives ou non en lien avec la question posée.

3 thèmes principaux ont été définis :

- Notion sur la télé-expertise (Questions 1 à 4)
- Perceptions et attentes du projet de télé-expertise (Questions 5 à 9)
- Utilisation de la télé-expertise dans la pratique professionnelle (Questions 10 à 21)

L'ensemble des données a été enregistré, après l'accord oral des participants interviewés, et leur anonymat a été garanti au début de l'entretien.

Le guide d'entretien a été testé auprès de 4 acteurs de soins primaires afin de s'assurer de sa justesse et validité. Aucun changement significatif n'a été apporté au guide d'entretien dans les suites de ce pré-test.

Un double enregistrement des entretiens a été réalisé par sécurité. Un enregistrement effectué avec un dictaphone numérique de la marque *Philips* et un second enregistrement avec une application d'enregistrement vocal sur Smartphone nommé *Enregistreur vocal*.

La transcription en verbatim a rapidement été effectuée sur un fichier Word à l'aide du logiciel *Dragon Naturally Speaking Recording Edition*, suivie d'une relecture par l'investigatrice. Puis une analyse thématique du contenu a été réalisée à l'aide d'un tableur Excel.

IV- RESULTATS

1- Caractéristiques sociodémographiques des participants :

Au total, 15 acteurs de soins primaires ont été interviewés dont 5 médecins et 10 infirmier(e)s libéraux. Parmi les médecins on retrouve 3 femmes et 2 hommes et chez les infirmier(e)s, 7 femmes et 3 hommes (Tableaux 3).

L'âge des participants s'étend de 33 ans à 60 ans, ce qui nous fait une moyenne de 46,8 ans.

Sept d'entre eux avaient plus de 50 ans.

L'ensemble des participants travaille en cabinet de groupe, dont un seul médecin en MSP qui regroupe médecin traitant, cardiologue, médecin du travail, kinésithérapeute, ostéopathe, sage-femme, podologue et infirmier(e).

Le nombre d'années d'exercice en libéral varie de 9 mois à 30 ans (moyenne de 16,5 ans).

La distance, entre le lieu d'exercice et le CH de Libourne, est au minimum de 16 kms et au maximum de 25 kms, ce qui fait une distance moyenne autour de 20,13 kms.

Le nombre de patients suivi par télé-expertise pour le suivi des plaies chroniques, varie de 1 à 5 patients selon les professionnels de santé (moyenne de 3 patients).

				Infirmiers				Médecins						
Age	34	33	45	49	53	50	50	49	44	34	60	38	56	55
Sexe	F	F	H	F	H	F	F	F	F	F	F	H	H	F
Années d'exercice en libéral	4 ans	9 mois	16 ans	27 ans	26 ans	27 ans	30 ans	27 ans	14 ans	6 ans	30 ans	10 ans	20 ans	25 ans
Mode d'exercice	Groupe (7 IDE)	Groupe (3 IDE)	Groupe (3 IDE)	Groupe (3 IDE)	Groupe (3 IDE)	Groupe (MSP)	Groupe (2 Méd)	Groupe (2 Méd)	Groupe (2 Méd)	Groupe (2 Méd)				
Lieux d'exercice	Castillon la Bataille	St Terre	St Terre	St Magne de Castillon	Castillon la Bataille	Castillon la Bataille	Les Eglisottes	Les Eglisottes						
Distance avec le CH de Libourne	20 km	16 km	16 km	20 km	20 km	20 km	25 km	25 km						
Nombre de patient suivi par Télé-expertise	5 (dans le cabinet)	1 (dans le cabinet)	1 (dans le cabinet)	1 (dans le cabinet)	1 (dans le cabinet)	2	3	1	4	4				

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

2- Notion de télé-expertise :

a- État de connaissance :

a-1 Définition

Une définition presque exacte de la télé-expertise a été mentionnée par un acteur de soins primaires et évoque la sollicitation, à distance, d'un spécialiste pour la prise en charge d'un patient, en absence de ce dernier.

IDE 5 : « ... échanger avec l'expert sans forcément que l'on n'y soit et le patient non plus. Par contre lui, d'après nos photos et d'après ce qu'on lui dit, peut très bien changer le protocole. »

On constate que dans de nombreuses définitions, le mot « consultation » est souvent évoqué par erreur, plutôt que le mot « avis » du spécialiste, ce qui correspond davantage à la définition de la téléconsultation :

IDE 4 : « La télé-expertise c'est une consultation à distance avec un médecin spécialiste en absence du patient. »

M4 : « ... ça permet d'avoir des consultations à distance avec divers spécialistes. »

M5 : « C'est une consultation du spécialiste, depuis son cabinet, à des heures qu'il a prédéterminées ; il prévient les soignants du patient qu'il convoque en télé-expertise. Le jour où il a fixé l'heure de la télé-expertise, il doit avoir toutes les informations sur le patient. »

Certains mentionnent même, la notion de consultation virtuelle :

IDE 8 : « Je perçois la télé-expertise comme une consultation de type virtuelle parce que ça passe par messagerie interposée. »

On constate que pour certains il est difficile de donner une définition claire de la télé-expertise, malgré le fait qu'ils l'utilisent en pratique. Ils ont tendance à mélanger les définitions de la Télémédecine, de la télé-expertise et de la téléconsultation :

M1 : « ... C'est vrai il y a une différence entre Télémédecine, télé-expertise et téléconsultation. La Télémédecine c'est l'ensemble, c'est ça et après, j'avoue je n'ai pas très bien cerné la différence entre télé-expertise et téléconsultation. Téléconsultation c'est quand on réalise des consultations via Webcam/ vidéo c'est bien ça ? »

M3 : « Mais télé-expertise ce n'est pas forcément consultation ? »

Pour d'autres, la télé-expertise se définit plutôt comme un outil de communication sécurisé qui permet d'échanger avec les différents acteurs de soins, via l'utilisation de photos et de textes :

IDE 1 : « C'est une plateforme d'échanges sur messagerie sécurisée via photos, textes, avec des échanges avec les intervenants : pharmaciens, médecins, le centre de plaie et cicatrisation avec qui on travaille à Libourne et notre cabinet. »

IDE 10 : « C'est un moyen sécurisé de communiquer sur les patients, leur état de santé, leur suivi, entre médecins, infirmiers... enfin tous les professionnels de santé qui gravitent autour du patient. »

La notion de rapidité d'échange et de réponse quasi immédiate sont également évoquées :

IDE 3 : « C'est un outil qui permet un échange quasi immédiat entre le praticien médecin et le praticien infirmier »

D'autres, parle plutôt d'application téléphonique permettant un contact à distance avec les spécialistes :

IDE 6 « ... application avec le téléphone avec lequel on peut prendre des photos, on peut mettre des commentaires écrits ou vocaux et on est en contact avec les spécialistes de l'hôpital. »

IDE 7 « Je sais que, par le biais d'application, on peut communiquer entre professionnels, par des photos, par des commentaires sans forcément se voir. »

Pour l'un d'entre eux, la télé-expertise est visualisée comme une mise en commun des données du patient entre les différents acteurs de santé, « ça met en commun des données entre les professionnels de santé : les infirmiers, l'hôpital, la médecine libérale et la médecine publique. » [M2].

Certaines utilisent la télé-expertise de manière détournée en l'associant à un outil de transmission d'informations :

IDE 2 : « ... c'est un peu comme un outil de transmission d'information. »

IDE 7 : « Nous quelquefois on s'en sert juste pour des transmissions et ça permet que tous mes collègues soit au courant au même instant. »

MI : « Moi j'en profite pour faire de la simple communication. Exemple : 'comment va Mme X ? Par ailleurs je passerai la voir demain en visite'. Communication simple. »

a-2 Prise de connaissances :

Plus de la moitié des acteurs de soins primaires ont découvert la Télémédecine, et en particulier la télé-expertise, via le Dr Pladys (qui possède le DU de Télémédecine) avec la mise en place du projet sur le territoire du Libournais. En particulier, lors des réunions où les intervenants du logiciel PAACO/Globule étaient conviés :

M5 : « Alors avec le Dr Pladys, qui nous a parlé et convié à une réunion d'information. »

IDE 4 : « Par le Dr Pladys, quand elle a fait son DU de Télémédecine, et qu'elle nous a initié à PAACO/Globule »

Pour l'ensemble des médecins participants, ils avaient également pris connaissance de la télé-expertise par l'intermédiaire des médias, internet ou par des revues médicales :

M1 : « ... on en a tous entendu parler, que ce soit dans les revus, internet. On a tous la notion que ça existe. »

M2 : « ... on en parle un peu partout. Ne serait-ce par les assurances, la pub. »

M3 : « Dans les médias, dans la presse médicale un peu. »

Le développement dans les structures de soins comme dans les EHPAD situées aux alentours, a également été un moyen de prise de connaissance de la Télémédecine, pour certains d'entre eux :

IDE 9 : « ...j'ai travaillé dans un EHPAD, j'étais cadre de santé et je l'ai déployé dans l'EHPAD où je travaillais [...] ça va faire 4 ans. Cela existait pour les plaies et cicatrisation avec Bagatelle, avec le service de psychiatrie de Cadillac et les soins palliatifs. Mais c'était de la téléconsultation en visio conférence. »

M1 : « ...là c'est en train de se développer un peu plus, par exemple, à la maison de retraite de Ste Terre, ils viennent de mettre en place justement des téléconsultations avec des gériatres de Xavier Arnosan. »

M5 : « ... la maison de retraite de la Roche Chalais utilise la télé-expertise. J'ai des patients qui sont à la maison de retraite qui avaient déjà recours à la télé-expertise mais je n'intervenais pas, ça se faisait avec les infirmières et le dermatologue et aussi avec le psychiatre, moi je donnais juste mon accord, je n'étais pas vraiment impliqué dans ça. »

On retrouve également, la participation à des congrès de plaies et cicatrisation dans lesquels est abordé le développement de la Télémédecine dans ce domaine, « ce que j'ai vu au congrès de plaie et cicatrisation, il n'y a pas longtemps » [IDE 2]. Mais certains d'entre eux, ont découvert la Télémédecine via leur collègue, « je l'ai découvert par rapport à ma collègue » [IDE 5].

3- Les raisons du développement de la télé-expertise :

a- Faire face à la pénurie médicale :

a-1 La désertification médicale :

Le problème de la désertification médicale, notamment en campagne, où le manque de médecin traitant et de spécialiste se fait ressentir, est l'une des principales raisons mentionnées par les acteurs de soins primaires, sur le développement de la télé-expertise :

IDE 4 : « ... il y a aussi le nombre de médecin qui baisse en campagne, tout simplement. »

IDE 9 : « Alors premièrement, parce que nous n'avons pas de médecin libéral à St Terre. »

MI : « ... et parce qu'il faut que ça se développe, parce que la démographie médicale veut que les délais de consultation, de rendez-vous soient de plus en plus long. »

a-2 La difficulté d'accès aux spécialistes :

En raison du manque de médecin, il en découle une difficulté d'accès aux spécialistes. Les délais de rendez-vous avec un spécialiste, en plaie et cicatrisation, peuvent être de plusieurs mois dans la région du Libournais. Certains acteurs de soins parlent de 2 mois, voire parfois 6 mois de délai pour certains spécialistes. Cette difficulté d'accès aux soins est donc pointée du doigt par la majorité des participants :

IDE 1 : « Je pense que les délais de rendez-vous avec le spécialiste, qui peuvent être de plusieurs mois, je pense que ça développe ce côté à distance. »

IDE 4 : « ... la difficulté d'avoir un rendez-vous avec un spécialiste. On a des rendez-vous qui sont à 1 mois et demi, 2 mois pour la cicatrisation, mais pour d'autre spécialiste c'est compliqué aussi. La télé-expertise, c'est aussi la réduction des délais de prise en charge. »

IDE 6 : « ... et c'est novateur et autant efficace, sinon beaucoup plus que de prendre un rendez-vous qu'on va avoir dans 6 mois avec un spécialiste et donc là ça peut se faire très rapidement. »

MI : « ... en ce qui concerne les avis de spécialistes, donc les avis d'expert, les délais sont de plus en plus longs pour obtenir des rendez-vous. »

a-3 Le manque de disponibilité des médecins généralistes :

Certains infirmiers mentionnent le manque de disponibilité des médecins traitants, ils sont difficilement joignables par téléphone, il faut passer par le secrétariat, ou ils ne sont pas disponibles car ils sont en consultation :

IDE 2 : « Parce qu'on a du mal à avoir les médecins au téléphone, souvent on les appelle et ils ne sont pas disponibles. »

IDE 3 : « Autrement très souvent quand on veut appeler le médecin il faut passer par la secrétaire, il n'est pas forcément disponible, tant dit que là, il y a quelque chose d'immédiat. »

IDE 7 : « ... ça obligeait de téléphoner, appeler la secrétaire qui ne répond pas tout de suite, le médecin qui est peut-être occupé au téléphone et qu'il faut rappeler, et nous on n'a pas que ça à faire. »

IDE 10 : « Car souvent les médecins on n'arrive pas à les joindre, ou c'est en dehors de leur temps de travail, ce n'est pas simple. »

b- Faire face au vieillissement de la population :

Le vieillissement de la population est également souligné comme une des raisons du développement de cette technologie. Effectivement, on se retrouve devant une augmentation du nombre de personnes âgées et donc par conséquent une augmentation des pathologies vasculaires, ce qui augmente la demande de prise en charge :

IDE 5 : « On a une population vieillissante avec des pathologies veineuses, artérielles qui se développent. »

IDE 6 : « ... beaucoup plus de gens à soigner, parce que l'échelle des âges, elle est très grande. Le papy-boom, là on est en plein dedans. »

Et le maintien à domicile se développe de plus en plus et dure plus longtemps, « la population vieillissante qu'on essaie de maintenir le plus possible au domicile. » [M5].

c- Des enjeux économiques :

Le problème économique est souvent mentionné comme l'un des facteurs prépondérants au développement de cette télé-expertise mais également de la Télémédecine au sens large. Effectivement, la réduction des transports médicaux des patients est un enjeu économique pour les acteurs de soins primaires :

IDE 8 : « Alors je pense qu'il y a un problème économique déjà d'une part, il y a ce gros facteur qui joue, parce que qu'on est dans une période où il y a un gros souci économique. Donc le fait de faire de la télé-expertise à l'heure actuelle, on économise des frais de transport, et pas mal d'autre chose. »

IDE 10 : « Et aussi moins de déplacement. On a un patient où effectivement, il a des rendez-vous de télé-expertise, on envoie les photos et donc il ne se déplace pas, il ne va pas voir le spécialiste. Et donc là, il y a une économie de transport et je pense que ça arrange aussi le patient. »

Et également souligné par un des médecins, des économies de consultation. Car effectivement cela permet, par conséquent, de réduire le nombre de consultations et donc d'éviter certaines consultations jugées plus ou moins inutiles :

MI : « ... pour limiter les potentielles consultations, je ne dirais pas forcément inutiles mais que l'on pourrait simplement peut être éviter ou limiter, donc économie. »

d- Améliorer la qualité de prise en charge des patients :

d-1 Meilleure qualité des soins pour les patients :

Autre point mentionné dans les raisons du développement de la télé-expertise, c'est l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients avec notamment un meilleur suivi des patients. Effectivement, cela permet aux soignants d'avoir une meilleure évolution des plaies, de mieux gérer les plaies et donc d'éviter des rechutes ou des hospitalisations, en réajustant plus rapidement les protocoles si besoin :

IDE 1 : « ... revoir des protocoles plus rapidement qu'entre deux rendez-vous s'il y a, à réajuster des protocoles sur des plaies chroniques. »

IDE 8 : « Permet d'avoir une évolution, un suivi plus rapproché vis-à-vis du patient [...], d'avoir un bilan précis et régulier de manière à éviter tout type de rechute, afin d'éviter une hospitalisation. D'avoir un meilleur suivi dans sa chronologie. »

M2 : « ... dans l'intérêt d'aménager et de mieux gérer les soins des patients. »

Mais également en évitant certains déplacements qui peuvent être parfois mal vécu ou néfastes pour certains patients âgés, fragiles ; en raison de la fatigue engendrée par le transport et l'attente. Le risque de contamination par des maladies nosocomiales est également mentionné :

IDE 8 : « Peut éviter parfois certains déplacements qui peuvent être inutiles chez des patients âgés qui se trouvent dans une phase où le déplacement est parfois néfaste [...], meilleur confort pour les patients. »

IDE 9 : « ... pour le confort du patient, ça évite les transports, cette fatigue, cette attente et puis ce risque de contamination, de maladies nosocomiales. »

M4 : « Après ça permet également de moins déplacer les patients, notamment les patients grabataires »

Tout cela a pour but d'améliorer le confort du patient qui est un point essentiel pour les différents soignants.

d-2 Meilleure coordination entre les professionnels de santé :

On note également que l'amélioration de la transmission des informations, entre les différents acteurs de soins, est un point non négligeable au développement de la télé-expertise. Cela évite le manque d'informations ou que ces dernières soient relatées par les patients, au risque d'être mal interprétées ou erronées. Ce qui permet une prise en charge meilleure et plus globale :

IDE 3 : « Je pense qu'il y aura moins de mal entendu car ça ne passe pas par le patient. »

IDE 10 : « Pour avoir un travail de collaboration surtout, parce qu'il y a pas mal de perte d'informations. Il y a plein de données qu'on n'a pas et donc je trouve que c'est quand même intéressant pour avoir une prise en charge plus globale. »

d-3 Gain de temps dans la prise en charge :

Le développement de la télé-expertise permet de gagner du temps que pour les professionnels de la santé mais également pour les patients. Effectivement la réduction des délais de prise en charge et la rapidité de réponse permet un gain de temps pour tout le monde :

IDE 3 : « *Cet outil adapté à notre activité professionnelle ça nous fait gagner du temps. »*

IDE 8 : « *Gros gain de temps pour le patient et pour nous. »*

M1 : « *Du temps gagné aussi pour chacun, car quand on demande un avis de télé-expertise, qu'on prend en photo une plaie, qu'on envoie et qu'on nous répond dans la journée, on gagne du temps aussi sur la prise en charge du patient. Donc économie, gain de temps. »*

M4 : « *Je dirais que ça permet de gagner du temps, que c'est efficace. [...] ,sur le délai de rendez-vous et quand on gagne en délai de rendez-vous, on gagne en temps de cicatrisation. »*

M5 : « *Du coup avec la télé-expertise, c'est plus simple, puisque les spécialistes passent moins de temps. Tout le monde gagne du temps et de l'argent. »*

e- Le développement du numérique et des nouvelles technologies :

Pour certains acteurs de soins primaires, le développement de la Télémédecine, et donc de la télé-expertise, est inéluctable de nos jours, en raison du développement des technologies dans le domaine du numérique. Le domaine de la santé est bien évidemment touché par cette évolution numérique. Inéluctablement l'avenir de la santé se tourne vers ces nouvelles technologies :

IDE 3 : « *... ça se développe pour la bonne raison, car c'est par le numérique qu'on doit passer, que ce soit dans le quotidien ou dans le professionnel. [...] Le numérique se développe partout, donc je vois pas pourquoi on ne serait pas concerné par le numérique. »*

IDE 6 : « *On fait aussi avec la technologie qui avance petit à petit, pas après pas. »*

M1 : « *Et parce que je crois que c'est l'avenir et qu'il faut que l'on s'y mette aussi, de toute façon ça évolue avec internet. »*

4- Adhésion des acteurs de soins primaires au projet de télé-expertise : pourquoi ?

a- Assurer un délai de réponse rapide :

Pour certains d'entre eux, certaine plaie chronique nécessite d'avoir une réponse rapide afin d'être réactif pour éviter une éventuelle complication :

IDE 3 : « J'ai adhéré à ça car par exemple il y avait sur un patient, besoin d'une réponse rapide et on a eu la réponse de suite. »

IDE 9 : « D'avoir des réponses plus rapides et avoir des rendez-vous plus courts. Parce que lorsqu'on prend un rendez-vous chez le spécialiste, on a un délai d'attente et parfois avec des plaies il faut être plus réactif pour le changement de protocole. »

La réactivité du système permet d'améliorer le délai de prise en charge des plaies des patients et donc d'adapter plus rapidement les protocoles, hors contexte d'urgence :

IDE 1 : « Les médecins nous répondent plus ou moins en temps réel pour le réajustement du protocole »

IDE 8 : « Une fluidité beaucoup plus rapide au niveau des informations, avoir une réponse plus rapide et plus adaptée au patient. [...] On n'est pas ici dans un processus d'urgence, mais quelque chose qu'on a quand même plus rapidement qu'auparavant, par exemple une demande de rendez-vous. »

Cela permet également de mettre en place rapidement un traitement adapté en évitant de déplacer le patient en consultation :

M4 : « Les délais de rendez-vous étant très longs, je souhaitais une prise en charge un peu plus rapide et à distance pour me permettre de mettre en place un traitement sans passer par la case 'emmener le patient en consultation'. »

b- Assurer une meilleure traçabilité des données :

Cette notion de traçabilité des données est mentionnée principalement par les infirmier(e)s. En effet pour certains d'entre eux, il semble plus confortable d'avoir une trace écrite de la conduite à tenir, plutôt qu'un simple échange verbal par téléphone :

IDE 1 : « Cela laisse une trace pour nous les infirmières, donc ce n'est pas une conversation téléphonique. »

Cela leur assure la bonne transmission de l'information au médecin expert et inversement, de recevoir une réponse écrite certifiée par le spécialiste :

IDE 4 : « Avoir la certitude que le médecin, la personne experte, reçoive bien les informations et nous retransmette une réponse écrite officielle. »

Et cela permet à tous les intervenants d'avoir la même information, en même temps. Cela évite de répéter les informations aux différents intervenants :

IDE 10 : « Et du coup ce qui est intéressant c'est que tous les partenaires de soins ont la même information et en même temps. Parce qu'on pouvait très bien communiquer avec un médecin traitant, mais ça restait entre le médecin et nous, et donc pour informer les autres intervenants, ça multipliait les démarches. »

Pour les infirmier(e)s qui définissent la télé-expertise comme un outil de transmission, notifient que cette traçabilité des données leur permet de connaître rapidement l'évolution de leurs patients, après une longue période de congé, sans solliciter par téléphone leurs collègues.

IDE 2 : « Quelque fois on a de longues périodes où on ne travaille pas [...] ça permet de voir comment vont les patients, d'avoir des nouvelles, sans forcément que les collègues nous appellent. »

Certains mentionnent que cette traçabilité écrite des données leur assure une sécurité en leur permettant une couverture des responsabilités :

IDE 4 : « Moi j'attendais ce côté sécurisé du site pour la transmission d'information médicale et paramédicale. Car avant on fonctionnait par texto, on envoyait des photos, on mettait des initiales des gens mais c'était compliqué au niveau du secret médical. [...] Qu'il y ait quelque chose d'écrit qui confirme le protocole, ou qu'on nous en donne un autre, mais de façon écrite, ce qui du point de vue légal nous donne une couverture au niveau de la responsabilité. »

IDE 8 : « Ce système là nous permet d'avoir quelque chose de concret, qui justifie le suivi du patient et qui au niveau des instances qui nous chapotent, de pouvoir avoir une traçabilité des données. »

IDE 6 : « Les prescriptions par téléphone ce n'est pas bien, donc par le biais de PAACO /Globule, on peut avoir une prescription écrite en réponse. C'est aussi juridiquement meilleur. »

M2 : « Avant on communiquait par téléphone avec les infirmiers, après c'est sur le plan légal, le plan sécurité c'est vrai que c'est bien, il y a un problème tout est noté. »

c- Assurer une meilleure communication entre les professionnels de santé :

Pour certain, avoir une communication plus étroite avec les différents intervenants est essentielle. Cela facilite les échanges et développe une relation de confiance entre eux. Ainsi ils trouvent une meilleure coordination dans leur prise en charge :

IDE 9 : « ... et une communication entre professionnels basée sur la relation de confiance c'est important aussi. [...] Et puis on a l'habitude de travailler avec le Dr Barcat, donc c'était l'opportunité de travailler plus étroitement, en collaboration. »

M3 : « Simplification des relations, facilité de communication avec les confrères. »

Et pour un médecin, le sentiment de se sentir plus impliqué dans le suivi de ses patients :

M5 : « Peut-être meilleure coordination, meilleur renseignement entre les infirmiers, le médecin spécialiste et moi-même. Parfois les informations passaient d'infirmières à spécialiste directement, du coup j'étais moins au courant. »

Permet pour quelques-uns, notamment pour les infirmier(e)s, de lever l'isolement, de se sentir moins seul :

IDE 5 : « On est quand même assez seul et c'est vrai que ça nous permet quand même de rester en contact avec les hôpitaux, avec des médecins. »

d- Influence des collègues :

Certains ont adhéré à la télé-expertise, car ils faisaient confiance aux médecins, qui si sont intéressés, comme le Dr Pladys :

IDE 3 : « J'ai adhéré parce que je trouve que les médecins qui si sont intéressés, pour moi, sont des médecins intéressants. Alors je me suis dit, si des médecins, dont j'apprécie leur pratique veulent ça, c'est que ce ne doit pas être une mauvaise idée ».

IDE 5 : « Parce que déjà le Dr Pladys, est quelqu'un d'adorable, elle nous a donné envie d'adhérer au projet. »

M3 : « ... et parce que je connais le Dr Pladys et que je fais confiance à ma consœur. »

D'autres ont adhéré pour des raisons d'équipe, car leurs collègues étaient favorables à l'idée du projet :

IDE 6 : « Les raisons d'équipe, d'une part, parce que plusieurs collègues étaient favorables au départ, et moi, j'ai adhéré tout de suite. »

Pour d'autre, l'adhésion a été faite également pour des raisons d'équipe mais plutôt sous un sentiment de contrainte et d'obligation :

IDE 2 : « Parce que mes collègues m'ont bien poussé en ce sens, elles ne m'ont pas laissé le choix. »

Un des médecins mentionne qu'il a adhéré car « j'ai voulu voir par curiosité. Essayer d'évoluer avec notre temps. » [M2].

5- Les réticences des acteurs de soins primaires sur l'utilisation de la télé-expertise :

a- Le défaut de réseau internet :

La couverture du réseau internet qui est défectueuse dans certaines zones du territoire Libournais, est un problème très souvent pointé du doigt par les utilisateurs de la télé-expertise et freine son utilisation :

IDE 2 : « Le réseau, car il y a des endroits, dans des petites communes, sur les coteaux, où on ne capte pas. »

En raison de cette mauvaise couverture du réseau dans ces zones rurales, certains utilisateurs sont obligés de traiter des informations depuis leur cabinet et ne peuvent donc pas transmettre ou recevoir les informations directement à partir du domicile du patient :

IDE 7 : « La seule chose, c'est qu'on n'a pas toujours du réseau partout et que là ça bloque. Donc on est obligé de transmettre au cabinet. »

IDE 8 : « C'est souvent le problème de réseau de couverture, c'est ce qui freine PAACO/Globule. Il y a certaines informations qu'on est obligé de traiter extérieurement après la visite chez le patient. Le but se serai de pouvoir intervenir, échanger au lit du patient, plutôt qu'au cabinet. »

IDE 10 : « Pour nous le problème de réseau c'est une catastrophe, on est presque en zone blanche, on peut les envoyer que de chez nous. »

M1 : « C'est le réseau qui n'est pas toujours bon, donc on ne peut pas toujours répondre en direct. »

La plupart arrive tout de même à contourner ce problème de réseau internet, et prennent leurs photos directement à partir de l'appareil photo de leur téléphone et non pas à partir de l'application PAACO/Globule :

IDE 4 : « Lorsqu'on sait qu'on ne va pas avoir de réseau, on prend une photo avec notre téléphone et pas directement avec l'application. »

IDE 6 : « Autre chose qui est importante : le problème d'accès internet selon la localité où on se trouve. On est en rase campagne et on n'a pas la 4G plein pot, comme dans les grandes villes. Mais on peut y pallier en prenant les photos, par exemple, dans notre fichier personnel et les transférer, quand on a du réseau, sur PAACO/Globule. Mais ça demande plus de manipulations. »

b- La mauvaise utilisation :

Certains acteurs de soins ont relevé quelques déviations à l'utilisation de cette télé-expertise. Notamment l'utilisation de la télé-expertise comme un moyen de réflexion personnelle plutôt que de constatations médicales :

IDE 4 : « On a juste eu le souci pour un patient en fin de vie où on avait beaucoup d'intervenants avec les soins palliatifs, le centre de cicatrisation, le médecin traitant et nous. C'était assez compliqué. Il y a eu un message transmis, qui a déclenché pas mal de chose, alors que ce message n'était qu'une réflexion, pas une remarque, mais une réflexion d'une collègue qui essayait de trouver une solution à un problème mais qui l'a écrit plutôt que de le partager différemment. Du coup ça a lancé tout un branle-bas de combat par rapport à ce patient [...]. Le problème de l'instantané, c'est que ça limite le temps de réflexion [...] c'est plus un problème de mauvaise utilisation que de mauvaise efficacité. »

D'autre mentionne la mauvaise utilisation par certains de leurs collègues qui l'utilisent comme un dossier de soin quotidien et donc transmettent des informations quotidiennes superflues :

IDE 6 : « L'effet secondaire, c'est le trop d'informations inutiles quotidiennes. Pour moi, ce qui est important ce sont les évolutions importantes du soin, du pansement patient, les décisions qui sont prises au niveau médical. Mais pas un dossier de soin au quotidien comme certains de mes collègues peuvent effectués chez certains patients. Donc vraiment être ciblé sur le patient, sur l'évolution du pansement par exemple. »

Le risque de doublon d'information est également relevé par un infirmier, notamment lorsque le médecin traitant est remplacé :

IDE 7 : « Le jour où les personnes sont en vacances, il n'y a pas forcément de relais avec les remplaçants [...], le praticien lit le message même lors de son jour de repos, il peut donner une

réponse mais le remplaçant, s'il a l'application sur l'ordinateur, peut donner une autre réponse. »

c- La perte du contact humain :

Autre réticence soulevée par uniquement deux acteurs de soins, c'est la perte du contact humain, avec la perte des odeurs et du ressenti du patient. Ce qui est très négatif notamment pour un des médecins, pour qui l'avenir s'oriente vers une médecine non humaine :

IDE 6 : « ... ça ne remplacera jamais le contact humain du médecin. Notamment les odeurs qu'on ne perçoit pas à travers l'écran et le ressenti même du patient, c'est pas simple non plus à travers un écran. »

M2 : « Mais moi ça me plaisait d'aller voir les plaies, de les toucher, de les sentir, de voir le ressenti des gens ; plus que des photos qui arrivent pendant les consultations ou tard le soir [...]. On va vers l'avenir d'une médecine non humaine, comme partout, il n'y a plus de relation humaine, les gens sont derrière leur écran. C'est assez négatif pour moi. »

d- Le manque de rémunération :

Le manque de rémunération est soulevé par les infirmier(e)s, qui effectivement s'investissent et passent du temps à préparer en amont les rendez-vous de télé-expertise. Aucune rémunération ne leur est prévue. Effectivement, ils ne font pas parti, initialement, de la télé-expertise qui selon la définition a lieu entre un médecin requérant et un médecin requis/ expert ou entre un médecin requérant et une infirmière experte. Ainsi leur rémunération n'est pas mentionnée dans la tarification des actes de télé-expertise par l'Assurance Maladie. Cependant dans ce projet de télé-expertise, comme pour d'autre projet, ils sont apparentés à des infirmiers libéraux requérants :

IDE 8 : « On se trouve avec un système, en tant qu'infirmier, où c'est pas du tout dans les cartons de mettre une indemnisation, une rémunération de ce système. Alors que l'on voit que d'autres interlocuteurs vont pouvoir être rémunérés et pas nous. »

IDE 10 : « Je trouve que c'est très bien, mais après, on passe beaucoup de temps à faire ça. Bon peut être qu'on gagne du temps d'un autre côté. Mais on fait gagner finalement du temps et de l'argent aux autres, mais nous on n'en gagne pas, pourtant c'est quand même du temps passé. »

Ce manque de rémunération est également soulevé par un des médecins. Car il n'avait pas encore connaissance de l'avenant 6 de la convention médicale, sur la mise en place du remboursement en Février 2019 des actes de télé-expertise :

M2 : « *Tout ça c'est très bien, mais ce n'est pas rémunéré.* »

e- Le manque de temps :

Un des médecins mentionne que l'un des freins à l'utilisation de la télé-expertise, c'est le manque de temps des médecins traitants pour pouvoir s'investir dans un nouveau projet :

M1 : « *Je pense que c'est plus un manque de temps et d'organisation [...]. Je pense que le frein c'est souvent ça, c'est souvent le temps. Parce qu'on pense que c'est plus ou moins chronophage, donc c'est toujours la problématique.* »

6- Perspectives d'avenir de la télé-expertise :

a- Obligation de développement :

Tous les acteurs de soins interrogés sont favorables au développement de la télé-expertise dans l'avenir.

Pour certains d'autre eux, ce développement de la télé-expertise semble inéluctable en raison, d'une part, du développement des technologies :

IDE 3 : « *Forcément, ça va se développer dans tous les domaines [...]. On a pas le choix, que l'on apprécie ou pas, je crois qu'on n'a pas le choix. C'est comme si on me disait est ce que l'intelligence artificielle aura sa place demain... et bien elle sera là, on n'a pas le choix. Ce n'est même pas que je suis d'accord, pour ou contre ça, je sais que je n'ai pas le choix.* »

Pour d'autre, cette obligation de développement est liée, à la démographie médicale actuelle associée au vieillissement de la population et donc à l'augmentation du nombre des plaies :

IDE 4 : « *Je pense que ça va être en expansion, contenu de la démographie vieillissante, contenu du nombre de diabétique qui augmente. On va avoir un certain nombre de plaies, même si on fait beaucoup de prévention. Il y aura quand même des plaies, des complications de plaies et donc il va falloir qu'on utilise la télé-expertise pour avoir une prise en charge rapide, c'est sûr.* »

IDE 5 : « Mais je pense que de toute façon on n'aura pas le choix, il manque de personnel, de médecins et infirmiers, il manque de tout. Donc, si on ne joue pas le jeu, ça ne peut pas marcher, il faut que les gens soient soignés ».

Parallèlement à son développement, une évolution du matériel technique est souhaitée avec dans l'avenir la mise en place de tablettes consacrées à la télé-expertise plutôt que l'utilisation de matériel personnel comme les téléphones portables :

IDE 6 : « On pourrait avoir une tablette dédiée, par exemple, plutôt que d'utiliser nos téléphones personnels. »

a-1 Extension à d'autres domaines médicaux :

Une bonne partie des participants est favorable au développement de la télé-expertise dans divers domaines de la santé comme par exemple dans le domaine de la dialyse péritonéale :

IDE 4 : « Là, on va avoir un patient en dialyse péritonéale et lorsque que j'ai été à la formation obligatoire, je disais à l'infirmière référente qu'il serait intéressant d'avoir un logiciel de suivi de dialyse péritonéale. »

Ou aussi dans le domaine de la psychiatrie, de la dermatologie et de la cardiologie :

M5 : « J'aimerais que ça se développe dans d'autres domaines, mais bon, on a besoin de spécialiste pour que ça se mette en route [...]. Moi je crois en tous cas que ça peut se développer surtout dans certains domaines comme la dermatologie, la psychiatrie, la cardiologie lorsqu'on aura un ECG. »

Ou encore dans le domaine des interprétations d'imageries médicales :

M4 : « Je pense que c'est une voie à explorer et qui mérite effectivement une utilisation beaucoup plus intense, dans divers domaines. Comme par exemple, les interprétations des radiographies. Maintenant ils font des interprétations à Tahiti parce qu'il y a 12h de décalage. Les radios se font ici la nuit et sont interprétées là-bas à Tahiti. »

a-2 Extension à d'autres utilisateurs :

Pour certain, il est important, pour son développement, que cette nouvelle pratique médicale à distance s'étende à d'autres utilisateurs.

Dans un premier temps, une augmentation du nombre de médecin utilisateur semble nécessaire, car sans eux le développement ne peut se faire. Malheureusement, actuellement, on note encore trop de réticence médicale, notamment pour les anciennes générations :

IDE 2 : « A l'heure d'aujourd'hui tous les médecins n'ont pas encore adhéré, ce que je trouve dommage. Peut-être que ça va se développer un peu plus et les générations un peu « anciennes » vont adhérer, car c'est un bon outil. »

IDE 5 : « Je pense que ça va se développer, mais on sent quand même quelques réticences au niveau des médecins, parce qu'on a des médecins vieillissants, qui ont du mal à s'embarquer dedans. [...]. Il y a des gens qui marchent là-dedans, qui sont contents de la télé-expertise et je pense qu'il y a des médecins qui n'y croient pas. »

IDE 7 : « Je pense que ça va de plus en plus se développer et que tous les praticiens finiront par être équipés, je pense. »

MI : « Il faudrait peut-être qu'on soit un peu plus nombreux à l'utiliser. »

D'autres seraient favorables à son extension à d'autres corps de métiers para médicaux comme les kinésithérapeutes :

IDE 2 : « Je pense que ça va se développer, car on a besoin de communiquer avec les autres corps de métier. Là on parle des médecins mais il y a les kinés, on peut envisager quelque chose à plus grande échelle. »

Certains d'entre eux pensent plus au développement de la télé-expertise et de la téléconsultation dans des structures de santé comme dans les EHPAD :

IDE 1 : « ... enfin je ne sais pas si ça pourrait être envisageable mais un local dans une maison de retraite avec Webcam et un échange. Des consultations où on a un point de vue, un échange avec un spécialiste et le patient. »

MI : « Par contre dans les EHPAD, il faudrait vraiment que ça se mette un peu plus en place, les téléconsultations et la télé-expertise, car je trouve que c'est vraiment bien que les EHPAD puissent en bénéficier, c'est super intéressant. »

b- Risque du sur- développement de la télé-expertise :

Un des médecins interviewés mentionne son appréhension vis-à-vis du développement de la télé-expertise, avec la peur que celle-ci prenne trop de place dans leur pratique professionnelle et interfère trop dans leur façon de travailler :

MI : « Après, dans l'immédiat, moi je n'irais pas plus loin dans l'avenir. J'ai peur qu'après il y ait de la télé-expertise pour beaucoup trop de choses et qu'on ne sache plus trop où donner de la tête. [...] Et je me dis un moment donné, on va peut-être nous en rajouter, alors après on n'est pas obligé d'adhérer, mais faut pas qu'on nous demande d'en faire trop. Et trop de télé-expertise au dépend de ce que l'on fait habituellement aussi. »

7- Utilisation de la télé-expertise dans le suivi des plaies chroniques :

a- Impact sur la pratique professionnelle :

a-1 Abord des plaies chroniques inchangé :

Que ce soit pour les infirmiers, comme pour les médecins, l'utilisation de la télé-expertise n'a pas révolutionné leur pratique dans le domaine des plaies chroniques. La majorité d'entre eux constate qu'ils abordent de la même manière les plaies chroniques :

IDE 3 : « Je ne peux pas dire que ça révolutionne ma pratique. »

IDE 8 : « On va aborder la plaie de la même manière. »

MI : « Sur la prise en charge des plaies chroniques je ne peux pas dire que ça a changé grand-chose. »

Une des infirmières a le DU de plaies et cicatrisation, ce qui fausse un peu son avis, car elle aborde les plaies de manière différente depuis qu'elle a fait son DU et non depuis qu'elle utilise la télé-expertise. Donc pour elle, la télé-expertise n'a pas modifié son abord des plaies chroniques mais est un bon complément de son DU :

IDE 4 : « Moi mon avis est faussé, parce que j'ai le DU de plaies et cicatrisation. [...] Moi mon DU fait que j'ai un autre regard, mais pour moi la télé-expertise c'est royal. »

Pour un des médecins, en plus de ne pas avoir changé son approche des plaies chroniques, il ne constate pas non plus d'amélioration dans les délais de rendez-vous avec les spécialistes. Pour lui la télé-expertise n'apporte rien et a peu d'intérêt :

M2 : « Au départ je pensais avoir des rendez-vous plus vite par rapport à l'expert, mais ça n'a rien changé du tout, surtout que tout le monde ne peut pas entrer, il faut attendre. Pour moi, je n'ai pas trouvé que ça changeait quelque chose et de toute façon, il faut que les gens se déplacent quand même pour faire le premier rendez-vous, donc ça n'apporte rien. »

Il mentionne également que, désormais avec la télé-expertise, il voit beaucoup moins de plaies et perd donc le suivi des plaies chroniques de ses patients. Pour autant, il ne constate pas une amélioration dans la guérison des plaies :

M2 : « Je ne suis plus les plaies, je ne les vois presque pas. [...] C'est vrai que les infirmières aiment beaucoup travailler avec le centre de plaies et cicatrisation. Mais bon, avant il n'y avait pas de centre de plaies et cicatrisation et mes ulcères guérissaient aussi. »

a-2 Meilleur suivi des plaies chroniques :

Même si la télé-expertise n'a pas modifié leur approche des plaies chroniques, la majorité des acteurs de soins primaires constatent un meilleur suivi des plaies grâce à la télé-expertise. Cela leur permet de mieux suivre l'évolution des plaies, grâce aux photos, sans forcément être au lit du malade, ce qui est un avantage notamment pour les médecins traitants :

IDE 4 : « Je prends plus de photos, donc pour l'évolution des plaies c'est mieux. Les photos c'est quand même intéressant parce qu'on peut se souvenir. »

IDE 5 : « Le fait de prendre des photos, on voit si la plaie évolue vraiment, si ça stagne. »

IDE 7 : « Au moins ça aura changé qu'on met des photos plus régulièrement et nous voyons l'évolution. »

M1 : « C'est intéressant ça me permet de voir l'évolution. »

M4 : « Et ça permet de suivre également sans y être, car les infirmiers prennent des photos. »

Ça leur permet d'avoir un meilleur suivi. Ils se sentent mieux informés, plus au courant de l'état du patient et de sa plaie :

IDE 5 : « On est au courant de beaucoup plus de choses. Alors qu'avant on était un peu dans notre coin. »

M3 : « Je suis plus au courant qu'avant, car je vois plus les photos, les soins. Avant ce n'était peut-être pas forcément le cas. Je suis mieux informé, ça c'est sûr, sur l'état du patient, de sa plaie. »

Contrairement au M2, certains d'entre eux constatent une rapidité de réponse et une réactivité dans la prise en charge, ce qui leur permet d'améliorer le suivi de leur patient :

IDE 8 : « Habituellement quand on sollicite quelqu'un devant une plaie qui stagne, on va perdre 10-15 jours, le temps d'avoir une réponse. Alors que là on va avoir sur 24-48h un autre avis extérieur. »

D'autre part, quelques-uns mentionnent une meilleure rigueur des infirmier(e)s dans le suivi des plaies. Constat aussi bien fait du côté des infirmier(e)s que du côté des médecins :

IDE 5 : « On est beaucoup plus minutieux, on fait beaucoup plus attention à ce que l'on fait. »

M5 : « Et aussi une meilleure observance des infirmières, pour moi c'est quelque chose d'important. Car quand nous on réalisait des protocoles, chaque infirmière changeait le protocole. Même au sein d'un même cabinet infirmier chacun faisait ses protocoles, donc difficile de savoir ce qui fonctionnait. Alors que maintenant quand c'est le spécialiste qui donne son protocole c'est suivi. »

a-3 Réassurance des infirmier(e)s :

Pour les infirmier(e)s, il est important de savoir qu'ils peuvent solliciter beaucoup plus facilement un avis médical. Cela leur permet d'aborder plus sereinement certaines plaies complexes. Ils se sentent rassurés et moins seuls au domicile des patients, devant une découverte de plaie ou devant une complication d'une plaie chronique :

IDE 1 : « Se sentir moins seul au domicile face à la découverte [...] être rassuré par rapport à la thérapeutique qu'on peut mettre en place sur une découverte de plaie. »

IDE 3 : « Même si je fais très peu appel aux médecins pour l'évolution des pansements en général, ça me rassure de savoir que je peux. »

IDE 8 : « ...également pour nous, en libéral, ne pas se retrouver seul face au patient, de pouvoir solliciter des avis beaucoup plus facilement et d'être, pour certaines choses plus complexes, plus serein dans l'approche. »

b- Impact sur les compétences professionnelles :

L'acquisition de compétences professionnelles, avec l'utilisation de la télé-expertise, divise les acteurs de soins primaires.

Une partie d'entre eux, n'a pas constaté avoir acquis de nouvelles compétences professionnelles, via l'utilisation de la télé-expertise, et pratique donc les soins des plaies chroniques de la même manière. Pour beaucoup, ils avaient déjà acquis certaines connaissances auparavant quand il fallait se débrouiller seul avant d'avoir un rendez-vous avec un spécialiste :

IDE 6 : « Je pratique les protocoles toujours de la même manière. »

IDE 10 : « Pour l'instant non, les protocoles n'ont pas forcément évolué. Je pense qu'on avait déjà acquis certaines prises d'initiatives en attendant la consultation, et souvent on ne se trompe pas. »

Pour certains l'acquisition de compétences professionnelles se fera probablement dans l'avenir principalement grâce à l'expérience professionnelle :

IDE 1 : « C'est toujours, voir souvent les mêmes plaies donc c'est sûr que l'expérience permet d'avoir un acquis et de faire un diagnostic plus rapide. »

Pour d'autres, c'est plutôt les formations qui vont leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles plutôt que l'utilisation de la télé-expertise en elle-même :

IDE 2 : « Je trouve que les formations, comme le congrès qu'on a fait, permettent d'échanger, d'avoir des discussions et ça je pense que c'est important de le faire, probablement plus que l'outil en lui-même. Là c'est vraiment des références, des personnes calées. Il faut se former. »

Un d'entre eux mentionne plutôt avoir acquis une plus grande ouverture d'esprit dans le domaine des plaies chroniques, plutôt qu'une véritable acquisition de compétences professionnelles en tant que telle :

IDE 8 : « Compétences, je ne sais pas, mais une plus grande ouverture. Et le fait d'avoir d'autres interlocuteurs permet parfois d'avoir d'autres pratiques ou d'autres techniques plus récentes. Donc oui élargissement, une plus grande ouverture. »

L'autre partie, des acteurs de soins primaires, remarque avoir acquis, grâce à l'utilisation de la télé-expertise, de nouvelles compétences professionnelles en découvrant de nouvelles techniques, de nouveaux protocoles transmis par les experts du centre de plaies et cicatrisation. Ce qui leur permet de les appliquer pour d'autres patients, et donc d'acquérir, par la suite, une autonomie pour certains suivis de plaies chroniques :

M4 : « Disons qu'on apprend les nouvelles techniques, les nouveaux matériaux, etc... Ils ont des protocoles qu'on a pas l'habitude d'utiliser, ou quand ils changent le protocole on se dit 'tiens ça c'est nouveau'. Donc ça permet aussi de l'appliquer à d'autres patients en attendant un éventuel avis spécialisé. »

Notamment, ils mentionnent principalement une acquisition de compétences dans le domaine des pansements. Ils arrivent désormais à mieux adapter les pansements aux types de plaies qu'ils prennent en charge :

IDE 5 : « On est devenu un peu plus pointu sur les pansements. »

IDE 9 : « Oui acquisition dans le choix des pansements. Je dirais que les pansements que l'on met en place sont plus adaptés. »

M4 : « Amélioration des compétences dans les pansements et dans la façon de faire. »

Et pour un des médecins, cela est d'autant plus vrai pour les infirmières :

M5 : « Oui bien sûr, mais je pense que c'est encore plus valable pour les infirmières qui deviennent au top, des expertes. »

c- Impact sur la relation médecins traitants-infirmier(e)s :

c-1 Point de vue des infirmier(e)s :

Pour l'ensemble des infirmier(e)s interrogés, l'utilisation de la télé-expertise améliore la relation avec les médecins traitants.

Ils ont développé une relation plus simple et plus facile avec les médecins traitants, ce qui leur permet de communiquer et de les solliciter plus facilement qu'auparavant :

IDE 1 : « Mais ça change forcément sur la communication qui était, avec certains médecins, inexistante. »

IDE 9 : « Avec le médecin traitant, il y a un bon relationnel, on n'hésite pas à s'envoyer un petit message et on a la réponse rapidement. »

IDE 10 : « On est plus proche, relation plus facile avec un lien tout simplement qui n'était pas présent avant. »

Pour certains, cette meilleure communication est valorisante pour eux en tant qu'infirmier(e)s, mais rend également la prise en charge du patient plus sérieuse avec un véritable travail de groupe :

IDE 6 : « Une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé et puis une valorisation professionnelle en tant qu'infirmiers. »

IDE 7 : « Moi, j'ai l'impression que ça montre qu'il y a plus de compétence. Parce que chacun ne fait pas son travail dans son coin. C'est un vrai travail de groupe et du coup je trouve que ça fait plus sérieux. »

Concernant leur relation avec les collègues infirmier(e)s, la majorité d'entre eux trouve également que le relationnel avec leurs collègues s'est amélioré. Ils échangent mieux et de manière plus coordonnée :

IDE 1 : « On échange mieux, on est plus coordonné. Avant on faisait des transmissions orales, téléphoniques mais avec le risque que celui qui reçoit les informations peut en oublier comme celui qui les émet. »

IDE 4 : « *Et après entre collègues, c'est un super outil de suivi pour communiquer.* »

Pour d'autres, cela n'a rien changé, car pour eux les échanges, avec leurs collègues, étaient déjà très présents. La relation entre les infirmier(e)s a toujours été optimale :

IDE 3 : « *Absolument pas, ça n'a rien changé pour moi avec mes collègues.* »

IDE 8 : « *Au niveau des collègues, pour ce qui nous concerne actuellement, ça n'a pas une grande évolution, car on a toujours eu cet échange.* »

c-2 Point de vue des médecins généralistes :

Là aussi la majorité des médecins généralistes trouve que la relation avec les infirmier(e)s est meilleure avec la télé-expertise. La relation d'échange est améliorée, ce qui leur a permis aussi d'apprendre à mieux connaître les infirmier(e)s avec qui, ils ont l'habitude de travailler :

M1 : « *...ça a amélioré les relations et la qualité d'échange entre moi et les infirmiers. Et puis en même temps, j'ai appris à les connaître et à échanger les numéros de téléphone.* »

M5 : « *Avec les infirmières, on a une communication améliorée.* »

Cependant, pour certains d'entre eux, cela est au dépend d'une moins bonne qualité d'échange, avec des échanges plus impersonnels :

M2 : « *J'ai plus de contact avec les infirmiers, le contact est là mais différent. La discussion est différente notamment sur l'impression. On ne va pas me dire si le patient est un peu plus dépressif, s'il en a marre, tout ça on ne va pas me le mentionner. Il n'y a pas le contexte humain, le ressenti.* »

M3 : « *Les relations avec les infirmières sont peut-être plus impersonnelles, ça reste du numérique. La relation est là, elle est meilleure, mais au niveau de la qualité des échanges on ne gagne pas forcément.* »

d- Impact sur la relation avec le centre de cicatrisation :

Pour la majorité des médecins et des infirmier(e)s, il n'y a pas de changement constaté avec le centre de cicatrisation de l'hôpital de Libourne, du point de vu relationnel.

En partie parce que les inclusions sont encore timides et que l'on est encore au début du développement du projet :

IDE 4 : « Avec le centre de cicatrisation, les inclusions commencent petit à petit donc pour le moment ça ne nous amène pas trop de différence. »

M2 : « En ce qui concerne la relation avec le centre expert, ça n'a pas changé grand-chose. »

M5 : « Après avec le centre expert, bon ça reste quand même pas mal par courrier. Avec la réunion de Juin on a quand même plus échangé. »

Pour une minorité d'entre eux, la relation avec les spécialistes s'est améliorée. Ils ont plus de contact avec le centre expert et le contact est plus facile et plus rapide :

IDE 6 : « Concernant la relation avec le centre expert, on est un peu plus en contact. »

IDE 9 : « La relation avec le centre de cicatrisation est très bonne, déjà on se connaissait un peu avant, et là c'est très rapide [...]. »

M3 : « Relation peut-être plus facile, plus rapide pour les avoir. »

e- Place du médecin traitant dans la télé-expertise :

e-1 Point de vue des infirmier(e)s :

Pour la majorité des infirmier(e)s, le médecin traitant garde un rôle central et primordial dans la prise en charge du patient, avec l'utilisation de la télé-expertise. Sans l'investissement du médecin traitant la télé-expertise ne peut fonctionner :

IDE 2 : « Il a un rôle important, s'il n'est pas investi ça ne peut pas fonctionner. Ils ont un rôle prédominant. »

IDE 5 : « Donc son rôle reste central, ça n'a rien changé. »

Et d'autant plus qu'il est au cœur des problèmes du patient, c'est lui qui traite le patient dans sa globalité :

IDE 4 : « Pour moi on ne peut pas « squeezer » le médecin traitant. [...]. Ce n'est pas le centre de cicatrisation qui va traiter s'il y a un problème de diabète, un problème cardiaque ou autre. Au domicile du patient, c'est encore le médecin traitant qui se déplace donc c'est évident qu'il doit être inclus dans le projet du patient, c'est une évidence. »

Et pour certain, il a même un rôle amélioré grâce à la télé-expertise :

IDE 7 : « Je pense que son rôle est mieux justement parce qu'il est plus partagé et informé. Systématiquement on partage avec le médecin traitant. »

Pour l'un d'entre eux, le médecin traitant semble un peu exclu dans la prise en charge du patient, car il constate que le suivi des plaies et des pansements se fait directement entre les infirmier(e)s et le spécialiste, et non avec le médecin traitant :

IDE 10 : « Pour le patient que l'on suit en télé-expertise, son suivi de pansement c'est entre le médecin qui le suit pour ses plaies et nous, mais pas le médecin traitant [...]. Là c'est dommage, parce que ça s'arrête là, le médecin traitant est exclu de la prise en charge. »

e-2 Point de vue des médecins généralistes :

Pour les médecins traitants, les avis sont partagés. Un peu plus de la moitié d'entre eux, pense qu'effectivement, ils sont moins au centre de la prise en charge et donc un peu exclu :

M2 : « Moi, je me sens moins au centre de la prise en charge. »

Même si pour certains d'entre eux cela dérange, pour d'autres, se sentir plutôt observateur, mis un peu de côté dans la prise en charge du patient, ne les dérange pas forcément et accepte la situation :

M3 : « Pour l'instant, je suis observateur. Je suis les échanges qui sont fait mais pour le moment je n'interviens pas. Cela ne me dérange pas, puisque de toute façon au départ c'est un avis spécialisé qui est demandé, donc le spécialiste donne son avis et moi je suis l'avis du spécialiste. »

M5 : « Par moment, je me sens un peu mise de côté, mais je ne le prends pas mal. »

Une petite partie d'entre eux trouve, au contraire, que leur rôle central de pivot est maintenu car ils permettent, notamment, l'articulation entre les différents intervenants mais aussi avec la famille :

M1 : « Je vais dire qu'il garde sa place centrale, parce que systématiquement les infirmiers gardent le réflexe de nous demander notre avis [...] pour moi je garde la place que j'ai habituellement. »

M4 : « On agit quand même comme pivot. On s'articule entre l'hôpital, notamment le centre de cicatrisation et les professionnels de santé derrière ; l'infirmière en premier lieu, le pharmacien, etc... mais aussi la famille. »

f- Impact sur le temps de travail :

Pour la majorité des acteurs de soins primaires, l'utilisation de la télé-expertise leur prend du temps. Effectivement prendre des photos, faire des notes descriptives des plaies, cela demande un certain temps. Pour certains cela peut donc être un frein :

IDE 6 : « *On prend plus de temps chez le patient pour justement quitter les gants, faire les photos, les commentaires éventuellement en temps réel [...] c'est un support intéressant mais qui nous demande en plus du temps. Je pense qu'il y aura quand même des professionnels de santé qui seront et sont déjà freinés par ce genre de chose.* »

IDE 9 : « *...ça nous prend du temps. Il faut prendre la photo et puis après il faut rédiger le petit mémo avec des choses pertinentes à transmettre, ça prend du temps.* »

M2 : « *...par contre le soir, je travaille plus tard pour regarder PAACO/Globule, mettre au point, répondre, donc ça c'est du temps.* »

Mais pour certains cette prise de temps reste minime et peut-être anticipée :

IDE 4 : « *Forcément prendre des photos, faire la note, ça prend plus de temps sur le temps du pansement, mais je trouve que ce n'est pas du temps perdu. C'est de l'ordre de quelques minutes. Après c'est quelque chose que l'on prévoit.* »

IDE 2 : « *Au pire, ça a un impact minime, autant que de noter dans nos dossiers de soins que l'on a au domicile des patients.* »

Quelques-uns mentionnent que cela peut déborder sur leur temps personnel mais cela ne semble pas les déranger :

IDE 1 : « *Moi j'envoie les photos sur mon temps de travail ou à la coupure, quand je ne capte pas.* »

M4 : « *Je vois les messages n'importe quand même le dimanche [...]. Non ça ne me dérange pas.* »

Pour d'autres, cela n'a eu aucun impact sur leur temps de travail :

M3 : « *Du temps, je n'en avais pas plus avant, et maintenant avec la télé-expertise, j'en n'ai pas plus non plus.* »

M4 : « *Franchement ça ne change rien.* »

Une minorité mentionne, au contraire, un gain de temps pour eux et notamment un des médecins pour qui la télé-expertise lui simplifie le travail et donc lui fait gagner du temps, car moins de paperasse à faire et moins de visite au domicile :

M5 : « Alors nous, ça nous simplifie nettement le travail, parce que ça me permet d'être au courant, savoir ce qui se passe mais finalement l'ordonnance est envoyée directement. L'infirmière se la procure. [...]. Moi j'ai gagné du temps, car moins sollicité pour les ordonnances, les papiers et les visites au domicile, mais en même temps je suis au courant. »

Un gain de temps également grâce au partage d'information qui permet à l'ensemble des intervenants d'être au courant simultanément et évite la transmission répétée des informations :

IDE 7 : « Ce n'est pas parce qu'on va mettre 3 lignes que ça va nous prendre du temps. Finalement c'est du temps gagné parce qu'il va falloir, sinon, appeler son collègue d'un côté et l'autre collègue de l'autre et j'imagine ceux qui sont 8... donc c'est plutôt un gain de temps. »

g- Réactions des patients :

La majorité des acteurs de soins primaires, note une satisfaction globale des patients parce que, d'une part, ils se sentent rassurés en raison d'une meilleure prise en charge :

IDE 7 : « Ils sentent une meilleure prise en charge, parce qu'ils voient que l'on s'occupe d'eux, qu'on prend des photos. »

D'autre part, ils constatent une bonne communication entre les infirmiers et les médecins, ce qui renforce également leur relation de confiance envers le personnel soignant :

IDE 1 : « Ils sont satisfaits de savoir qu'il y a une bonne communication entre les infirmiers du quotidien et le médecin qu'ils voient généralement, tous les 15 jours ou tous les mois, pour des renouvellements de traitement. »

IDE 9 : « C'est basé sur une relation de confiance. »

M1 : « Les patients, ils savent que l'on communique entre nous, entre infirmiers, infirmières et ça les rassure. »

Et ils apprécient également d'avoir moins de déplacement à effectuer :

IDE 10 : « Le patient que l'on suit en télé-expertise pour ses plaies, apprécie de ne pas aller au CH de Libourne, parce qu'il est jeune, en activité donc il perd moins de temps. »

M5 : « Ils sont ravis de ne pas se déplacer. Ils sont rassurés, ils se sentent mieux suivis, ils sont contents. »

Les patients se sentent plus concernés et donc s'investissent davantage dans leur santé, leur pathologie :

IDE 4 : « Au niveau de la relation avec le patient, quand ils sont d'accord pour qu'on prenne une photo, on peut leur montrer l'évolution de leur plaie et du coup ils voient bien quand leurs

plaies s'améliorent, qu'on ne leur raconte pas de blague. Du coup, ils sont peut-être plus concernés, plus investis dans leur pathologie. »

Ils peuvent parfois se sentir peut-être un peu plus surveillés :

IDE 10 : « *Le patient que l'on suit se sent peut-être un peu plus fliqué, parce que du coup on est honnête avec le médecin, si par exemple, il ne met pas ses bandes, on va le dire. On se dit tout et les patients le savent. »*

Quelques-uns, par contre, n'ont pas vraiment eu de retour patient, en partie car leurs patients sont âgés et ne se rendent pas encore compte de cette nouvelle forme de pratique médicale :

IDE 8 : « *Alors ça reste en partie des patients âgés, donc ce n'est pas encore quelque chose qui est entré dans leurs mœurs [...]. Je pense que c'est quelque chose encore de trop nouveau pour eux, ils n'ont pas assez de recul. »*

IDE 3 : « *Je ne suis pas sûr que mes patients sachent ce qu'est PAACO/Globule ou entendu le mot PAACO/Globule [...]. Je pense qu'ils se moquent un peu de ça. »* Mais un peu plus tard dans l'entretien, celui-ci mentionne qu'il n'a jamais vraiment pris le temps de leur expliquer ce qu'était la télé-expertise et PAACO/Globule : « *Je n'ai jamais trop pris le temps de leur expliquer* », contrairement aux autres acteurs de soins primaires qui informent systématiquement les patients de leur suivi en télé-expertise.

8- Le matériel technique :

a- Aspect positif :

L'ensemble des personnes interviewées trouve que le matériel technique, le logiciel PAACO/Globule, est facile d'utilisation et pratique en usage régulier. Facilement utilisable et accessible sur différents supports (téléphone, ordinateur) :

IDE 2 : « *C'est simple d'utilisation, pour moi c'est bien. »*

IDE 6 : « *C'est simple à utiliser, ça fonctionne bien. »*

MI : « *Bien, c'est facile à utiliser. On peut l'avoir sur notre téléphone. Moi j'ai envie de dire, simple à utiliser, accessible à la fois sur téléphone et ordinateur. »*

Il est souvent caractérisé comme intuitif dans son utilisation :

IDE 4 : « C'est très pratique et intuitif. »

IDE 8 : « Pour l'instant je trouve que c'est simple d'utilisation et intuitif. »

Il permet une bonne visibilité des annotations, ce qui donne une visualisation rapide des messages avec notamment l'utilisation d'un code couleur selon le degré d'urgence du message, ce qui permet d'alerter les utilisateurs :

IDE 1 : « Il y a le code couleur sur le niveau d'urgence qui peut-être parlant pour les médecins traitants. »

IDE 2 : « Je trouve ça très bien, on voit les annotations, on n'a pas forcément besoin d'avoir toujours le nez dessus. Mais on voit en un coup d'œil, s'il y a un message. »

M1 : « C'est bien fait, c'est synthétique. On a une alerte quand on a une annotation. »

M3 : « On trouve les informations assez rapidement. On est alerté par notification quand il y a un message. »

Et le personnel technique, spécialisé dans le logiciel, reste très disponible et facilement joignable en cas de problème d'utilisation :

IDE 5 : « La personne qui s'en occupe est assez facilement joignable, si on a un souci. »

b- Difficultés rencontrées :

Comme nous avons déjà pu le mentionner dans le paragraphe concernant les réticences des utilisateurs ; le problème de la couverture du réseau internet est la principale réticence et difficulté rencontrée avec ce matériel technique. Mais d'autres difficultés ont également été mentionnées par certains utilisateurs.

Certains, notamment ceux qui n'utilisent pas souvent les outils informatiques, appréhendaient initialement l'utilisation de l'outil informatique :

IDE 2 : « J'avais un peu peur au début car je ne suis pas hyper à l'aise avec l'outil informatique de façon générale, malgré mon jeune âge, ce n'est pas quelque chose que je maîtrise. Donc du coup, j'avais un peu d'appréhension mais finalement une fois qu'on l'utilise c'est très simple. »

Pour d'autres, certaines manipulations étaient difficiles à effectuer, notamment la réinitialisation du logiciel sur un nouveau téléphone :

IDE 3 : « La difficulté rencontrée, c'est que j'ai dû changer de portable et même en gardant ma carte SIM, je n'ai plus accès à mon compte PAACO/Globule. »

IDE 4 : « Quand j'ai cassé mon téléphone en début d'année, je n'ai pas réussi à le réinitialiser toute seule. Il a fallu que je les rappelle pour qu'ils me débloquent mon code, pour rouvrir PAACO/Globule. »

IDE 10 : « C'est la mise en place, au niveau informatique on est pas forcément très calé. Par exemple, j'avais changé de téléphone et je ne savais pas comment remettre le logiciel sur mon nouveau téléphone. »

Il est également mentionné, qu'initialement, lors de la mise en œuvre du logiciel, quelques problèmes de fonctionnement ont été relevés :

M4 : « Au départ c'était un peu laborieux, parce que ça ne marchait pas très bien, mais maintenant ça fonctionne bien. »

IDE 9 : « On a eu des problèmes de mise en œuvre avec PAACO/Globule. Il y avait des choses qui parfois restaient bloquées, des difficultés pour envoyer quelques messages au départ ».

Pour d'autre, certaines fonctions demandaient beaucoup de manipulation, comme l'inclusion des patients dans le logiciel :

M3 : « Au départ, inclure des patients, c'était pas mal de manipulations à faire mais maintenant ça va, c'est rapide. »

Certains parlent du problème de stockage des photos des plaies dans leur galerie photo personnelle. Notamment lors d'un problème de connexion réseau, ils ne peuvent pas utiliser le logiciel, ce qui les oblige à prendre les photos directement avec leur téléphone :

IDE 4 : « Quand on prend des photos avec notre téléphone, sans passer par PAACO/Globule, notamment quand on a un problème de réseau, il faut que l'on pense après à les effacer de notre galerie personnelle. »

M4 : « Il y a un truc un peu dérangeant, c'est que quand je prends des photos, ça va dans mon album personnel, donc après quand je montre des photos à ma famille, elles apparaissent, donc ce n'est pas top. »

Pour d'autres, il faudrait revoir le format des données. Ils préféreraient que les données soient rangées en dossier plutôt que sur une file active d'un journal :

IDE 8 : « C'est un système où on retrouve facilement les informations. Mais faudrait que ce soit sous forme de dossier, ça serait plus simple que le journal où il faut remonter toute la lignée, ce n'est pas forcément évident. »

IDE 9 : « C'est juste un journal, je ne sais pas si on pourrait améliorer ça en dossier. »

Il est également évoqué la difficulté d'accéder aux documents, notamment ceux envoyés par le centre de plaies et cicatrisation du CH de Libourne :

IDE 9 : « J'ai voulu trouver les documents standardisés du Dr Barcat et je n'ai pas trouvé. Je ne sais pas où ça se situe. »

IDE 10 : « Alors pas contre, ils disent que l'on a des prescriptions sur PAACO/Globule, mais je ne les trouve pas. »

Le problème du stockage des patients décédés est également mentionné. En effet, le problème c'est que les dossiers des patients décédés restent stockés sur la file active, ce qui l'encombre. Malgré les recommandations données par les techniciens du logiciel, pour archiver les dossiers des patients décédés et les enlever de cette file active, cela ne fonctionne pas :

IDE 4 : « Ils nous ont dit que quand on a archivé les dossiers des patients décédés sur l'ordinateur, car on ne peut pas le faire par le téléphone, ça les supprime de la file active de notre téléphone. En fait, pas du tout, ils y sont toujours. Alors que, j'ai pris le temps d'archiver comme ils nous l'avaient dit et en fait ça n'a rien modifié sur nos téléphones. »

IDE 6 : « J'avais évoqué le sujet des patients décédés, pour savoir où on peut les ranger afin qu'ils n'encombrent pas la file active ? On a fait ce qu'ils nous ont dit, mais les patients apparaissent toujours. »

c- Traçabilité des données :

Plus de la moitié des acteurs de soins primaires n'a rien à dire sur la traçabilité des données et trouve ça très bien, sécurisé :

IDE 6 : « La traçabilité est un élément essentiel. Pour revenir dessus, pourquoi ne pas faire confiance à l'écrit ? On travaille à l'air de l'informatique aujourd'hui, si on n'a pas confiance, il faut rester au cahier. »

M1 : « On peut archiver, c'est rassurant, c'est très bien. »

M2 : « Très bien, il y a un suivi, c'est sécurisé. »

M3 : « C'est bien puisqu'on a un historique. »

Certains restent sceptiques sur cette traçabilité des données et leur sécurité. Mais pour l'un d'entre eux on n'a pas le choix, car l'avenir c'est le numérique et nous sommes obligés d'avancer, d'évoluer avec :

IDE 3 : « On a beau dire que c'est sécurisé, on sait très bien que rien n'est sécurisé à 100% surtout dans le numérique. Surtout que l'application est sur notre téléphone, et on peut me voler mon téléphone demain. Maintenant on peut facilement réussir à tout débloquent et avoir accès aux dossiers. Le numérique, c'est notre avenir, donc on ne se pose pas la question. »

Pour d'autres, cela reste toujours mieux que de transmettre des informations médicales professionnelles par SMS :

IDE 4 : « *Je me dis que ça doit être sécurisé s'ils nous le vendent comme ça... ce n'est sûrement pas pire que nos SMS.* »

IDE 5 : « *Quand on entend tout ce qu'on entend. Ils arrivent à pirater les hôpitaux, les dossiers de soins dans des hôpitaux. Faut pas rêver, s'ils veulent vraiment être nocifs, ils seront nocifs. Mais bon, c'est quand même mieux d'échanger sur cette application que par SMS, ça semble quand même plus sûr.* »

V- DISCUSSION

1- Forces et limites de l'étude :

a- Le choix de la méthode :

Le choix de la méthode qualitative nous est apparu comme le plus approprié pour répondre à la question de recherche. Ce type de méthode permet une démarche compréhensive des comportements, en tenant compte des impressions et sentiments des professionnels interrogés (52).

Chaque acteur de soins primaires était interrogé de manière individuelle en face à face, dans un environnement qui leur était familier ; leur cabinet médical ou infirmier selon les professionnels. L'entretien semi directif permet un rapport égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, afin que ce dernier puisse s'exprimer librement sur le sujet tout en étant dans un cadre défini par le guide d'entretien de l'enquêteur (53).

b- Validité interne :

Tous les participants avaient des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le sujet. En effet, ils travaillent tous sur le territoire Libournais et utilisent la télé-expertise, via PAACO/Globule, pour le suivi des plaies chroniques avec le centre expert du CH de Libourne. Ils figuraient sur la liste fournie par l'ESEA Aquitaine (anciennement GCS Télésanté Aquitaine) qui regroupe les utilisateurs de la plateforme PAACO/Globule sur le territoire Libournais.

Le profil des acteurs de soins primaires interrogés était plus ou moins varié. En effet, on note un nombre un peu plus important de femmes interrogées, 10 femmes (7 infirmières et 3 médecins) pour 5 hommes. Ce qui s'explique par une forte féminisation de la profession

infirmier avec 87% de femme infirmière en Aquitaine. De plus, on constate au fil des années une féminisation des médecins aquitains (14).

Dans les participants, le nombre d'infirmier(e)s est plus important que celui des médecins généralistes (10 infirmier(e)s pour 5 médecins), ce qui est le reflet de la densité actuelle des professionnels de santé libéraux sur le territoire Libournais avec, en 2012, 92 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 175,9 infirmiers (12).

La tranche d'âge, elle s'échelonne de 33 ans à 60 ans, ce qui s'explique par le mélange des deux professions (médecin et infirmier). Car en effet, dans le territoire Libournais, 50% des médecins généralistes ont 55 ans ou plus contre 22,2% des infirmiers libéraux (11,12).

Certains infirmiers et un des médecins contactés n'ont pas donné de réponse ou ont refusé de participer à l'étude, soit par manque de temps soit parce qu'ils n'avaient pas encore de patients porteurs de plaies chroniques suivis par télé-expertise.

Un autre des médecins a volontairement été exclu (le Dr Pladys) en raison de son implication dans l'étude.

c- Validité externe :

L'ensemble des entretiens s'est déroulé sur leur lieu de travail, cabinet médical ou cabinet infirmier. Ils ont eu lieu principalement après leur plage de consultation, sur leur pause du midi ou leur jour de repos.

5 entretiens ont été perturbés ou interrompus par des sollicitations extérieures (téléphone, bruits environnementaux, sollicitations par des collègues). L'écoute du chercheur a donc pu être parasitée et non optimale sur quelques entretiens et les personnes interrogées pouvaient se porter moins attentives ou écouter leur discours sur quelques questions posées.

d- Le guide d'entretien :

Les questions posées suivaient un guide d'entretien composé uniquement de questions ouvertes. Cependant, le chercheur a pu être amené à reformuler des questions ou poser d'autres questions en raison de problèmes de compréhension des participants ou car les réponses fournies semblaient incomplètes. Mais cela n'a pas empêché que certaines réponses restent parfois vagues ou hors sujet.

La manière de formuler ou de relancer les questions, par le chercheur, pouvait influencer ou orienter certaines réponses des participants.

Les 4 entretiens prétests ont pu confirmer la validité des questions du guide d'entretien. Cependant les verbatims n'ont pas été relus par les participants et donc n'ont pu confirmer la justesse des propos retranscrits.

e- L'analyse :

Dans cette étude, nous avons pu obtenir une saturation des données, basée sur la redondance des données orales, aux alentours du treizième entretien, avec une confirmation par deux autres entretiens où aucun nouvel élément pertinent n'a été cité par les participants interrogés.

L'étude a été réalisée dans l'année suivant la mise en place du projet, ce qui a pu être un peu prématuré, avec peu de recul et peu d'utilisation de la télé-expertise par les participants.

Il faut savoir qu'une étude qualitative induit nécessairement une analyse subjective par l'enquêteur et ce d'autant plus quand elle est effectuée par un seul chercheur, ce qui est le cas dans cette étude et induit donc un biais d'analyse.

2- Résultats principaux de l'étude :

a- La télé-expertise :

Un seul des acteurs de soins primaires a réussi à donner une définition quasi exacte de la télé-expertise. Les définitions données, mentionnaient fréquemment le mot « consultation », montrant encore la difficulté pour certains acteurs de soins primaires à cerner la définition exacte de la télé-expertise, malgré son utilisation dans leur pratique. Ils ont tendance à mélanger les différents actes de la Télémédecine et en particulier les deux principaux que sont : la téléconsultation et la télé-expertise. Certains ne donnent pas vraiment une définition de la télé-expertise, mais plutôt une réinterprétation des finalités qu'elle peut leur apporter, en fonction de leur propre intérêt professionnel.

Mais leurs connaissances sur la télé-expertise sont assez récentes. En effet plus de la moitié d'entre eux, ont découvert la Télémédecine et notamment la télé-expertise lors de la mise en place du projet lancé sur le territoire du Libournais par le Dr Pladys, début 2018. Pour les médecins la parution dans les médias, les revues médicales ou encore internet leur avait également permis de prendre connaissance de la télé-expertise. Le développement dans les structures de soins, comme dans les EHPAD alentours, avait été pour certains un moyen de découvrir ces nouvelles pratiques médicales à distance. Mais certains ne semblent pas si être intéressés, ni impliqués avant le développement du projet.

Certaines études, comme celle C. Haller, et celle de M. Durupt, montrent qu'il existe souvent une méconnaissance des médecins sur la Télémédecine, en lien avec un manque d'intérêt à cette nouvelle technique médicale, se sentant en effet peu concernés (49,56). Une autre thèse, menée par A. Bidault Diallo, montre que seule la télé-expertise remporte un intérêt aux yeux de la plupart des médecins, contrairement aux autres actes de Télémédecine pour lesquels ils sont majoritairement réticents (57).

Cette pratique médicale à distance voit son essor en grande partie en raison de la pénurie médicale. La télé-expertise, et la Télémédecine au sens large, pour les acteurs de soins primaires, se développent en partie pour faire face aux inégalités territoriales de santé, au manque de médecins généralistes et spécialistes dans les zones rurales. Ainsi elle s'impose comme une solution à la perte de chance due à cette pénurie de médecins (56) .

En raison du manque de médecin, il en découle des difficultés d'accès aux spécialistes en plaies et cicatrisation, avec des délais de rendez-vous de plus en plus longs, de l'ordre de plusieurs mois. Ainsi la télé-expertise, comme mentionnée par N. Touhami dans son travail de thèse sur les attentes des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon en télé-expertise dermatologique, permet d'apporter une réponse à une accessibilité médicale jugée difficile (47).

Pour les infirmiers, le manque de disponibilité des médecins généralistes se fait également ressentir.

Les participants soulignent également que le vieillissement de la population, associé à l'augmentation des pathologies chroniques dont les plaies vasculaires, favorise le développement de cette nouvelle pratique médicale. En Aquitaine, on constate que la majorité des personnes bénéficiant d'une ALD pour certaines pathologies chroniques comme les affections cardiovasculaires, les tumeurs malignes sont âgées de 65 ans et plus (14).

a-1 Un atout économique :

L'utilisation de la Télémédecine permet de s'affranchir des distances notamment pour les patients difficilement transportables (56), ce qui entraîne une diminution des coûts de transports médicaux. Cette rentabilité économique entre également en jeu dans son développement, et est soulignée par les acteurs de soins primaires.

En effet, comme mentionné précédemment, de nombreuses études ont fait l'objet de cette rentabilité économique, comme l'étude menée par Eminovic et *al.*(40) ou encore l'étude menée en Corse par Ottavy et Filippi (41). On retrouve également cette idée dans l'étude prospective et observationnelle menée par M. Hautenave qui montre que l'utilisation de la téléconsultation pour les plaies chroniques, dans les EHPAD, a permis d'éviter un transport à 56,1% des patients (9).

Cette diminution des transports médicaux, permet également une économie de consultations en limitant leurs nombres. L'étude de Van Der Heijden et *al.* confirme cette attente, en montrant que l'utilisation des téléconsultations en dermatologie a permis d'éviter 74% du nombre de consultations physiques, adressées par le médecin généraliste, en consultation de dermatologie (43). L'étude du Pr Salles, menée en 2017, va également dans ce sens, en montrant que sur un total de 500 téléconsultations réalisées, pour l'évaluation globale gériatrique de résidents en EHPAD, 75,6% de transferts de résidents vers l'hôpital ont été évités dont 52,8% de consultations spécialisées, 22% d'hospitalisations programmées et 0,8% d'admissions aux urgences (35).

a-2 Une meilleure qualité de prise en charge :

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, en privilégiant leur confort, en limitant les déplacements longs pour les personnes âgées, souvent fatigables, est un argument favorable à l'utilisation de la télé-expertise. Cette idée est confirmée dans la thèse menée par C. Haller (49). De plus, la télé-expertise permet à ses utilisateurs d'avoir un meilleur suivi de leurs patients et de l'évolution de leur plaie. Cela permet d'améliorer leur prise en charge et donc de limiter les rechutes et les hospitalisations. Dans l'étude autrichienne menée par Binder *et al*, sur la surveillance en télédermatologie des ulcères en coopération avec les infirmières à domicile; sur 45 ulcères, 32 ont diminués de taille dont 14 ont guéri complètement (58).

Cette meilleure prise en charge des patients passe aussi par la garantie d'une bonne transmission des informations entre les différents professionnels de santé (59). La télé-expertise permet d'obtenir des informations précises sur les patients et leurs plaies, ce qui améliore la coordination des soins. Cela passe également par une meilleure traçabilité des données, permettant des échanges plus sécurisés que de simple SMS. C'est plus confortable, en particulier pour les infirmier(e)s, qui ont alors une trace écrite de la conduite à tenir au lieu d'un simple échange verbal téléphonique. Et se sentent ainsi mieux couvert(e)s sur le plan des responsabilités professionnelles.

Cette meilleure transmission d'information limite ainsi la répétition des données aux différents intervenants et permet d'une certaine manière un gain de temps, qui passe également par la réactivité de réponse du système. Cette réactivité de réponse est un point essentiel, notamment dans les situations complexes ou difficiles au domicile qui nécessitent une réponse rapide afin d'éviter une éventuelle complication. Cela améliore la prise en charge des plaies des patients en permettant d'adapter correctement et rapidement le protocole de soins tous en évitant un déplacement. Dans son étude Dobke *et al*, mentionne que la prise en charge efficace et rapide des plaies difficiles était l'un des 3 avantages des téléconsultations, souligné par les médecins des soins primaires (42).

a-3 Des échanges interprofessionnels améliorés et formateurs :

La majorité des acteurs de soins primaires interrogés constate avoir développé une relation de confiance, plus étroite entre les différents professionnels de santé impliqués dans le suivi des patients. Les infirmier(e)s ressentent un véritable travail de groupe et donc se sentent valorisé(e)s et serein(e)s dans leur prise en charge. Ils se sentent rassurés au domicile des patients, notamment devant certaines situations complexes. Ce sentiment de réassurance, des équipes soignantes, est également retrouvé dans la thèse de C. Haller (49).

Concernant leur relation entre leurs collègues infirmier(e)s, l'avis est mitigé, avec pour certains la constatation d'une meilleure coordination entre eux et pour d'autres cela n'apporte rien, car la communication était déjà très bonne auparavant.

Pour les médecins traitants, l'idée est la même, mais pour certains cela reste au dépend d'une moins bonne qualité d'échange, avec des échanges devenus impersonnels.

En ce qui concerne la communication avec le centre expert, globalement, que ce soit pour les infirmier(e)s et les médecins traitants, aucun changement relationnel n'a été constaté. Mais nous somme qu'au début du développement du projet et les inclusions sont encore timides. Dans l'étude de Dobke et *al*, il en ressort que la télé médecine facilite la mise en relation d'un médecin de premier recours avec des spécialistes (42).

Pour certains acteurs de soins primaires, même si la communication directe avec le centre expert n'a pas changé, cela leur a permis d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles, avec l'acquisition de nouveaux protocoles notamment dans le choix des pansements, une meilleure rigueur, et une montée en compétence pour les prises en charge des plaies futures (42,43).

On retrouve ce principe dans l'article de A. Mathieu-Fritz, où il mentionne que la téléconsultation permet la formation de nouveau collectif de travail avec des liens plus étroits et plus directs entre spécialistes et médecins ou infirmier(e)s requérants et permet également la mutualisation instantanée des savoirs et savoir-faire de nature professionnel (60). Comme dans l'article précédemment cité, S. Chamaret mentionne que les soignants révèlent que la Télé médecine favoriserait la qualité d'échange interprofessionnel ce qui contribuerait dans leur formation (61) .

Dans l'étude menée par M. Barateau et Pr N. Salles sur l'apport de la Télé médecine dans la

prise en charge des escarres en soins palliatifs, on en retient que la Télémédecine favorise la communication entre les équipes et contribue à la montée en compétence des soignants en diffusant les bonnes pratiques et en assurant le suivi des recommandations (62).

a-4 Les patients : premiers bénéficiaires :

La majorité des acteurs de soins primaires constate une satisfaction globale des patients. En effet, ils se sentent rassurés car mieux pris en charge, plus investis dans leur santé et cela renforce leur relation de confiance envers le personnel soignant. Ils sont ravis de ne pas se déplacer, cela améliore leur confort de vie. Ce qui est confirmé dans l'étude de Dobke *et al.*, où l'introduction de la téléconsultation semblait éduquer les patients, favoriser les sentiments de sécurité et créer un lien avec le consultant (42).

Dans une étude Américaine, comparant la satisfaction des patients et des utilisateurs entre les consultations en personne de plaies et celles effectuées par téléconsultation, 55% des patients étaient très satisfaits des téléconsultations (63).

Comme constaté dans l'étude de MacNeill *et al.*, les patients se sentiraient plus concernés et donc s'investiraient davantage dans leur santé. Mais pour une minorité des acteurs de soins primaires interrogés, cela serait source d'anxiété pour les patients ou encore créerait pour les patients une dépendance aux nouvelles technologies et ne solliciteraient plus un avis médical (44).

b- Freins au développement de la télé-expertise :

Suite à ces différents atouts mentionnés, on constate une satisfaction globale des différents acteurs de soins primaires dans l'utilisation de la télé-expertise, pour le suivi des plaies chroniques au domicile. D'autant plus que la télé-expertise ne nécessite pas de changer fondamentalement la manière d'aborder les plaies chroniques pour contribuer à une meilleure prise en charge. Cependant quelques freins ont été mentionnés.

b-1 Problème technique et défaut du réseau internet :

Globalement l'ensemble des acteurs de soins primaires est plutôt satisfait de l'utilisation du matériel technique et du logiciel PAACO/Globule. Ils le trouvent plutôt facile d'utilisation, intuitif et accessible sur différents supports (téléphone, ordinateur).

Cependant, au début de l'utilisation, certaines manipulations étaient difficiles à réaliser et certaines fonctionnalités du logiciel demandaient de nombreuses manipulations. Ce qui nécessite une formation minimale initiale pour les requérants, pouvant être un frein au développement de la télé expertise (7,56).

De plus se rajoute le problème de la connexion au réseau internet qui est de mauvaise qualité dans les zones rurales ce qui ajoute des manipulations aux utilisateurs (prise de photo dans leur galerie photo personnelle) afin de contourner le problème ou encore de traiter les informations à distance du domicile du patient (7).

Dans l'étude de M. Hautenave, 53,6% incidents techniques ont été notés dont 43% était en lien avec le réseau internet, 14% en lien avec des difficultés d'utilisation du chariot de Télémédecine et 14% en lien avec l'utilisation même de la Télémédecine (9).

Certains soulignent également le risque de mauvaise utilisation du logiciel de télé-expertise et qu'il soit utilisée de manière détournée, notamment comme un dossier de soins quotidiens avec transmission d'informations journalières superflues. D'autres difficultés ont été soulevées comme le format des données, certains souhaiteraient que ce soit rangé en dossier plutôt que sur la file active ; le stockage des patients décédés ou encore la difficulté d'accéder aux documents envoyés par le centre expert.

b-2 Majoration du temps de travail :

Majoritairement, les acteurs de soins primaires constatent qu'effectivement la télé-expertise peut leur prendre du temps, notamment lors de la préparation d'un rendez-vous de télé-expertise avec la prise de photos et la rédaction des commentaires. Mais pour certains, cette majoration du temps travail en amont peut, au final, et à long terme, se transformer en gain de temps. En particulier pour les généralistes dont le travail est alors simplifié, car moins sollicité par des

demandes de « paperasse » et de visites au domicile.

Cette augmentation du temps de travail est également constatée dans l'étude de Berghout et *al*, menée au Pays-Bas, où l'utilisation de la télédermatologie augmente la durée moyenne de consultation de médecine générale d'au moins 3 min et demie. Cependant une intégration plus poussée de la télédermatologie, de ses applications et des dossiers patients électroniques permettrait de réduire la durée totale d'une consultation et donc favoriser l'acceptation de la télédermatologie en médecine générale (65).

Même constat pour S. Perrier-Bonnet, qui mentionne que le temps consacré, par les professionnels de santé requérants, est souvent important lors de l'inclusion des patients (7).

Un des médecins souligne également comme frein, le manque de temps des médecins généralistes pour pouvoir s'investir dans le Télémedecine. Effectivement cela requiert un investissement de temps qui peut être trop important notamment pour les médecins exerçant seuls (56).

b-3 Une rémunération qui reste à éclaircir :

Le manque de rémunération pose principalement problème aux infirmier(e)s, qui jouent le rôle ici d'infirmier(e)s requérant(e)s et passent du temps à préparer au préalable les rendez-vous de télé-expertise, sans pour autant que leur travail soit reconnu financièrement. Un des médecins soulève aussi ce problème de rémunération de l'acte de télé expertise.

De nombreux travaux de thèses constatent que cette absence de rémunération est un frein au développement de la Télémedecine (47,49,57,61).

Une première étape, concernant la rémunération, avait été mise en place suite à l'avenant 2, signé en Mars 2017, de la convention médicale d'Août 2016. Il avait permis les premiers remboursements d'actes de Télémedecine par l'Assurance Maladie (66). Deux actes avaient été créés pour le suivi des patients en EHPAD (67):

- En cas de changement de médecin traitant lors d'une nouvelle admission en EHPAD d'un patient. Le nouveau médecin traitant peut solliciter par télé-expertise l'ancien médecin traitant afin d'échanger sur des données utiles à la prise en charge et au suivi

médical du patient. Acte dénommé TDT (Télé-expertise Dossier Traitant), valorisé à hauteur de 15 euros, facturable une seule fois par les deux médecins.

- En cas d'aggravation soudaine de l'état de santé d'un patient (hors urgence vitale), un professionnel de santé de l'EPHAD peut solliciter par téléconsultation le médecin traitant. Acte dénommé TTE (Téléconsultation médecin Traitant avec EHPAD), valorisé à hauteur de 25 €.

Mais, comme mentionné plus haut, l'avenant 6 permet désormais le remboursement de tous actes de télé-expertise et de téléconsultation par l'Assurance Maladie. Depuis le 10 Février 2019 pour les actes de télé-expertise et depuis le 15 septembre 2018 pour les actes de téléconsultation.

Les actes de télé-expertise sont remboursés, pour les médecins requérants, à hauteur de 5 € à 10€ selon leur niveau, avec une limitation de 500 € par an.

Pour la téléconsultation, elle est facturée par le médecin téléconsultant au même tarif qu'une consultation en face à face (soit entre 25 € et 58,80 € selon la spécialité et le secteur). A savoir qu'un médecin qui accompagne le patient lors d'une téléconsultation réalisée par un autre médecin, peut facturer une consultation, parallèlement à la facturation de la téléconsultation par le médecin téléconsultant.

De plus, pour faciliter le déploiement de la Télémédecine, 2 aides financières à l'équipement peuvent être versées depuis 2019. Une aide de 350 € pour l'équipement de vidéotransmission et une aide de 175 € pour l'équipement en appareils médicaux connectés (oxymètre, dermatoscope, ECG connectés...) (68).

b-4 Si le virtuel n'était pas synonyme de déshumanisation :

Sur l'ensemble des participants, un seul médecin n'est pas satisfait de l'utilisation de la télé-expertise, et montre sa réticence à l'utilisation de cette pratique médicale. Pour lui, cela n'a pas d'intérêt. Il mentionne principalement l'absence d'amélioration dans le délai de prise de rendez-vous, la perte du suivi des plaies et du contact humain. Pour lui on s'oriente vers une médecine non humaine. Un des infirmiers soulève également cette peur de perdre le contact humain en utilisant la télé-expertise.

Ce sentiment de déshumanisation est retrouvé dans l'étude de M. Durupt et dans celle de L.

Lavaill. Ce sentiment s'exprime par la crainte des médecins généralistes, de voir une dégradation de la relation médecin -patient par le biais de l'utilisation excessive de nouvelles technologies, qui menace la préservation du contact physique, essentiel à l'examen clinique, au bon diagnostic et à l'aspect relationnel caractéristique de la médecine générale (56,64).

Cependant, la majorité des participants ne mentionne pas cette crainte de déshumanisation de la relation soignants/soignés. Ce qui laisse supposer, qu'en pratique, l'utilisation de la Télémédecine n'est pas forcément vectrice d'une médecine non humaine.

c- Place du médecin traitant dans la télé-expertise :

Pour la majorité des infirmier(e)s, le rôle central du médecin traitant est maintenu avec la télé-expertise, voir même amélioré pour certains d'entre eux. En effet, sans l'investissement du médecin traitant, la télé-expertise ne peut fonctionner dans le suivi des plaies chroniques, car il connaît les problèmes du patient ainsi que son environnement psychosocial, comme le mentionne A. Sarradon-Eck (25).

Pour l'un des infirmiers et une partie des médecins généralistes interrogés, le médecin traitant semble un peu exclu de la prise en charge du patient, car les échanges se font directement des infirmier(e)s au spécialiste expert. Mais pour autant, cela ne dérange pas certains médecins qui acceptent d'être observateur. Pourtant dans son étude M. Durupt, mentionne clairement le souhait que le médecin traitant garde son rôle de pivot, reste au centre du parcours de soins avec l'avènement de la Télémédecine (56).

3- Perspective d'avenir :

L'ensemble des acteurs de soins primaires est favorable au développement de la télé-expertise. Pour certains, son développement est inéluctable en raison du développement des nouvelles technologies, de la démographie médicale actuelle associée au vieillissement de la population et donc à l'augmentation des pathologies chroniques.

Pour eux, la télé-expertise va continuer à s'étendre dans divers domaines de la santé comme,

par exemple, le suivi des patients en dialyse péritonéale, dans le domaine de la psychiatrie (69,70), de la dermatologie (71,72) et de la cardiologie, mais aussi dans l'interprétation à distance des imageries médicales. Certains utilisent déjà la télé-expertise et le logiciel PAACO/Globule dans d'autres domaines comme le suivi des INR pour les patients sous AVK ou en encore avec le réseau de soins palliatifs.

Mais pour cela, il faudrait dans un premier temps augmenter son nombre d'utilisateur et notamment des médecins (traitants et spécialistes) car sans eux, son développement ne peut se faire. Malheureusement actuellement, on constate encore trop de réticences médicales envers cette nouvelle pratique médicale. Une extension, à d'autres professionnels de la santé, peut être envisagée, comme l'extension aux kinésithérapeutes.

Cependant, un des médecins mentionne son appréhension au développement de cette télé-expertise avec la peur qu'elle leur prenne trop de place et interfère avec leurs pratiques professionnelles. Idée que l'on retrouve dans l'étude de M. Durupt avec la peur des médecins de se voir imposer des manières de pratiquer qui ne leur correspondent pas. Ils veulent rester maître de leur pratique (56).

VI- CONCLUSION :

Le travail réalisé confirme les conclusions des différentes études de Télémédecine de la littérature française et internationale. Centralisée sur le Libournais, cette étude à échelle locale, contrairement aux études mentionnées dans la partie II-3-c, montre des résultats intéressants et qui confirment les idées générales de la Télémédecine, en particulier ses principaux atouts mais également les différentes critiques.

Il en ressort que l'utilisation de la télé-expertise, dans le suivi des plaies chroniques, favorise l'accès aux soins, en améliorant la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques et leur confort. Elle apporte satisfaction aux patients, ils se sentent rassurés et cela renforce leur lien avec les soignants. La montée en compétences des professionnels de santé est également mentionnée grâce à des échanges interprofessionnels améliorés et formateurs. On retrouve également l'idée de rentabilité économique avec la télé-expertise qui, en s'affranchissant des distances, limite le nombre de transports médicaux et le nombre de consultations.

Mais le défaut de réseau internet et les problèmes de manipulation du matériel technique sont aussi soulignés par les acteurs de soins primaires. Une amélioration de la couverture réseau ainsi qu'une formation adaptée au matériel et aux nouvelles technologies, permettraient de favoriser l'utilisation de la Télémédecine.

Concernant son cadre réglementaire, notamment sa rémunération, cela s'éclaircit avec la mise en place récente du remboursement des actes de télé-expertise et de téléconsultations par l'Assurance Maladie. Mais reste encore en suspens la rémunération des infirmier(e)s requérant(e)s.

L'utilisation de la télé-expertise, majore le temps de travail des professionnels de santé, en particulier lors des inclusions. Ainsi cela demande un changement de pratique avec une gestion différente du temps de travail pour permettre à la fin, comme mentionné par certains participants de l'étude, un gain de temps (diminution de la « paperasse », des visites au domicile et de la répétition des informations).

Mais cette enquête révèle également une évolution dans l'acceptation mais aussi une appropriation de la télé-expertise. En effet, dans les études de M.Durupt et de L.Lavaill (56,64), est évoqué la crainte des médecins généralistes d'une déshumanisation de la médecine. Sentiment non évoqué par la majorité des participants de cette étude. Ainsi, dans la pratique, ce

sentiment de déshumanisation est effacé et l'usage de la Télémédecine jugé comme inhérent au développement du numérique dans la société.

Concernant le rôle du médecin généraliste, celui-ci est mis en valeur et sort renforcé dans cette étude. Pour la majorité des intervenants, sauf trois médecins, la description comme « expert » du patient, de rôle central, de coordinateur des différents intervenants, de pivot du parcours de soins, est en totale corrélation avec la description du métier tel que défini dans la loi HSPT.

Mais pour pouvoir maintenir son rôle central, le médecin généraliste va devoir intégrer dans sa pratique cette nouvelle technologie et l'adapter à son exercice professionnel. Afin de rester acteur du suivi du patient et éviter de se voir imposer des manières de pratiquer et donc ne pas se retrouver au rang de simple observateur.

La télé-expertise a donc trouvé satisfaction auprès des acteurs de soins primaires, dans le suivi des plaies chroniques au domicile. Cela encourage le développement, de ces nouvelles technologies, à plus grande échelle, en France, et dans divers domaines de la santé.

VII- BIBLIOGRAPHIE :

1. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014.
2. Perceau G. Dossier Ulcères chroniques de jambe: une prise en charge qui souffre d'une formation insuffisante. Concours Méd. oct 2011;Tome 133(8):612-4.
3. Légifrance. Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 | [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030513479>
Consulté le 4 Mars 2019
4. Legifrance. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028372809>
Consulté le 4 Mars 2019
5. Télésanté Basse-Normandie. Domoplaies [Internet]. Télésanté Basse-Normandie. Disponible sur : <http://www.telesante-basse-normandie.fr/services-de-telemedecine/domoplaies/domoplaies,1400,1868.html>
Consulté le 4 Mars 2019
6. Devillaire V. Domoplaies : la télémedecine au service de la cicatrisation. Concours Méd. sept 2014;136(7).
7. Perrier-Bonnet S. Une consultation de télémedecine dans le cadre d'un réseau plaies et cicatrisation. Rev Infirm. sept 2016;(223):35-7.
8. Do-Quang L-L. Plaies chroniques: intérêt médico-économique confirmé de la télémedecine dans le réseau Cicat-LR [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/3823/plaies-chroniques-interet-medico-economique-confirme-de-la-telemedecine-dans-le-reseau-cicat-lr.html>
Consulté le 4 Mars 2019
9. Hautenave M. Etude prospective et observationnelle, sur un an, de l'activité des téléconsultations de plaies chroniques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Th. d'exercice, Bordeaux: Université Bordeaux 2; 2014.
10. Télésanté Aquitaine. Retour sur la réunion Télémedecine en EHPAD du 29 septembre 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://telemedecine.sante-aquitaine.fr/node/493>
Consulté le 4 Mars 2019
11. ORSA : Observatoire Régional de la Santé Aquitaine. Libournais. Santé dans le pays d'Aquitaine. 2010.
12. ORSA: Observatoire Régional de la Santé Aquitaine. Territoire de santé Gironde. Sociodémographie/Professionnels de santé. Morbidité/Mortalité. 2012.
13. Conseil Général Gironde. Schéma départemental d'organisation sociale et médicosociale de Gironde - volet « personnes âgées/personnes handicapées » 2012-2016 Personnes adultes

handicapées : Bilan de la mise en œuvre du volet 2007-2011 et état des lieux [Internet]. Disponible sur : <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/schema-departemental-d-organisation-sociale-et-medicosociale-volet-personnes-ageespersonnes-handicapees-2012-2016-personnes-adultes-handicapees-bilan-de-la-mise-en-oeuvre-du-volet-2007-2011-et-etat-des-lieux>
Consulté le 4 Mars 2019

14. Observatoire sanitaire et sociale d'Aquitaine. La santé en Aquitaine . Etat, enjeux, perspectives. 2010.
15. ORSA: Observatoire Régional de la Santé Aquitaine. Inégalités socio-sanitaires en Aquitaine. 2010.
16. Senet P. Dossier Ulcères chroniques de jambes : un lourd tribut, économique et social. Concours Méd. oct 2011;TOME 133(8):609-11.
17. Maqua L. Avis des acteurs de soins primaires sur l'intérêt de la photographie numérique de plaie chronique dans la coordination entre soignants hospitaliers et à domicile. Proposition d'utilisation de la télémédecine. Th. d'exercice, Nantes : Université de Nantes ; 2012.
18. Gomez M-F. Enquête sur la prise en charge des plaies chroniques en médecine de ville à Saint-Etienne. Diplôme Universitaire Plaies et Cicatrisations, Montpellier ; 2005.
19. Naux N. Etude des difficultés de prise en charge des plaies vasculaires à domicile. Organisation de la filière et propositions d'aide aux médecins traitants. Th. d'exercice, Nantes : Université de Nantes ; 2007.
20. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie - Parcours des patients et des usagers - [Internet]. 2017. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
Consulté le 4 Mars 2019
21. Professionnels de santé - Fiches loi de santé. Equipe de soins primaires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/fiches-loi-de-sante/article/professionnels-de-sante-fiches-loi-de-sante>
Consulté le 4 Mars 2019
22. Safon M-O. La loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé; 2017. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>
Consulté le 4 Mars 2019
23. Ministère de la santé et des sports. Quelles mesures concrètes pour les médecins? HPST [Internet]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_generale_hpst_web.pdf
Consulté le 23 Mars 2019
24. Ministère de la santé et des sports. Les soins de premiers recours : une priorité pour la direction générale de l'offre de soins. HPST [Internet]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_premier_recours_web.pdf
Consulté le 23 Mars 2019
25. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous? » Les ambivalences du « Généraliste-pivot » du système de soins. 2010

26. Colloque MG France. Pour un virage ambulatoire cohérent et réussi ! [Internet]. 2015 . Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/politique-de-sante/812-pour-un-ambulatoire-coherent-et-reussi>
Consulté le 4 Mars 2019
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. La télémédecine [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
Consulté le 4 Mars 2019
28. Légifrance. Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>
Consulté le 4 Mars 2019
29. GCS e-santé Bretagne. Lancement de Sterenn, solution de télémédecine de la région Bretagne. [Internet]. 2014 juill. Disponible sur : <https://www.esante-bretagne.fr/wp-content/uploads/2015/01/DP-Sterenn-telemedecine.pdf>
Consulté le 4 Mars 2019
30. GCS e-santé Bretagne. Zoom sur le projet Téléplaies au CH de Paimpol » [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://www.esante-bretagne.fr/zoom-projet-teleplaies-ch-de-paimpol/>
Consulté le 4 Mars 2019
31. Schambil A. Nouvelle plateforme de télémédecine, TELECICAL, pour le soin des plaies [Internet]. Medtech Strasbourg. 2016. Disponible sur : <http://www.medtech-strasbourg.eu/fr/nouvelle-plateforme-de-telemedecine-soin-plaies/>
Consulté le 4 Mars 2019
32. Mantz F, Michot A, Jeanblanc B, Veltz R, Ammerich A, Wilk A. TELECICAL : une plateforme de télémédecine avec expertise en plaies et cicatrisation : premiers résultats. Eur Res Telemed [Internet]. 1 avr 2017 ;6(1):36-7. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212764X17300171>
Consulté le 4 Mars 2019
33. Alsace e-santé. Retour sur le lancement de la plateforme TÉLÉCICAL [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.alsace-esante.fr/retour-sur-le-lancement-de-la-plateforme-telecical>
Consulté le 4 Mars 2019
34. TSA e-santé Aquitaine. Télémédecine: résultats et nouveaux projets [Internet]. 2014 oct. Disponible sur: <https://www.sante-aquitaine.fr/actualites/telemedecine-aquitaine-premiers-resultats>
Consulté le 4 Mars 2019
35. Salles N, Lafargue A, Cressot V, Glenisson L. Global geriatric evaluation is feasible during interactive telemedicine in nursing homes. Eur Res Telemedecine. juill 2017;6:7.
36. e-santé en Aquitaine, Télémédecine en Aquitaine. Télémédecine: La 1000 ième téléconsultation en EHPAD [Internet]. 2017 Juillet. Disponible sur : <https://telemedecine.sante-aquitaine.fr/article/actualites/telemedecine-la-1000eme-teleconsultation-en-ehpad>
Consulté le 4 Mars 2019

37. Volpato Coilier M. Groupe de travail régional « télémedecine plaies et cicatrisation ». ARS Nouvelle-Aquitaine. 2018.
38. HAS: Haute Autorité de Santé. Efficience de la télémedecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. 2011.
39. Livingstone J, Solomon J. An Assessment of the cost-effectiveness, safety of referral and patient satisfaction of a general practice teledermatology service. *Lond J Prim Care*. 2015;7(2):31-5.
40. Eminovic N, Dijkstra M, Berghout R, Prins A, Bindels P. A cost minimisation analysis in teledermatology: model-based approach. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:251.
41. Ottavy F, Filippi G. Retour d'expérience: un an de télé-expertise en dermatologie libérale en Corse. *European Research in Telemedicine*. avr 2017;6(1):23-9.
42. Dobke MK, Bhavsar D, Herrera F. Do telemedicine wound care specialist consults meet the needs of the referring Physician? A survey of primary care providers. *Int J Telemed Appl*. 2011.
43. Van Der Heijen J, De Keiser N, Bos J, Spuls P, Wiftkamp L. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol*. nov 2011;165(5):1058-65.
44. MacNeill V, Sanders C, Fitzpatrick R, Hendy J, Barlow J, Knapp M, et al. Experiences of front-line health professionals in the delivery of telehealth: a quality study. *Br J Gen Pract*. juill 2014;64(624):e401-7.
45. Wilkins E, Lowery J, Goldfarb S. Feasibility of virtual wound care: a pilot study. *Adv Skin Wound Care*. mai 2007;20(5):275-6,278.
46. Téléexpertise [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
Consulté le 4 Mars 2019
47. Touhami N. Les attentes des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon en télé expertise dermatologique. Etude qualitative. Th. d'exercice, Montpellier : Université de Montpellier I ; 2015.
48. Lieberge G. Evaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques et l'intérêt d'un outil de télémedecine dans cette prise en charge. Th. d'exercice, Nantes : Université de Nantes; 2012.
49. Haller C. Médecins généralistes et télémedecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences. Th. d'exercice, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
50. ARS Nouvelle-Aquitaine. Outil PAACO/Globule [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/outil-paacoglobule>
Consulté le 4 Mars 2019
51. ESEA-e-santé en action. Territoire de Soins Numériques (TSN) [Internet]. Disponible sur : <https://www.esa-na.fr/programmes/territoire-de-soins-numeriques-tsn>
Consulté le 4 Mars 2019
52. Spezi V. Apport des méthodes qualitatives. *I2D Information, données et documents*. avr 2015;53:84.
53. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Armand Colin ; 2007.

(Sociologie).

54. Sauvayre R. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Dunod. 2013.
55. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Press Univ Fr. 2013 (2ième ed.).
56. Durupt.M, Bouchy.O, Kivits.J. La télémédecine en zones rurales: représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique. avr 2016;28:487-97.
57. Bidault Diallo A. Télémédecine et dossier médical personnel : perception et attentes des médecins généralistes. Th. d'exercice, Angers : Université d'Angers ; 2013.
58. Binder B, Hofmann-Wellenhof R,Salmhofer W,Okcu A,Kerl H,Soyer HP. Teledermatological monitoring of leg ulcers in cooperation with home care nurses. Arch Dermatol. déc 2007;143(12):1511-4.
59. ASIP Santé.2014-04-10 ASIP Sante RIR "Télémédecine-projet Domoplaies-premier... [Internet]. Disponible sur : http://fr.slideshare.net/esante_gouv_fr/2014-0206-asipsanterirtelemedecineprojetdomoplaiespremiersretoursdexperienceetperspectives Consulté le 4 Mars 2019
60. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Rev Fr Sociol. févr 2013;54:303-29.
61. Chamaret S. Quelles sont les conditions d'acceptabilité sociale d'un nouvel outil de télémédecine dans des EHPAD de la région Centre? Th. d'exercice, Tours : Université François-Rabelais; 2014.
62. Barateau M,Salles N. L'apport de la télémédecine dans la prise en charge des escarres en soins palliatifs. Soins. janv 2015;60(792):46-8.
63. Mass JMJ-M, Buresh KA, Gardner SE, Frantz RA, Specht JK, Wakefield B, et al. A nursing application of telecommunications. Measurement of satisfaction for patients and providers. J Gerontol Nurs. janv 2001;27(1):28-33.
64. Lavaill L. Télémédecine: définition, applications et enquête auprès des médecins généralistes de Franche-Comté. Th. d'exercice, Franche-Comté: Université de Franche-Comté; 2011.
65. Berghout RM,Eminovic N,De Keizer NF. Evaluation of general practitioner's time investment during a store-and-forward teledermatology consultation. Int J Med Inf. déc 2007;76:S384-91.
66. Télé-expertise et téléconsultation en Ehpad : 2 nouveaux actes valorisés [Internet].2017. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/tele-expertise-et-teleconsultation-en-ehpad-2-nouveaux-actes-valorises> Consulté le 4 Mars 2019
67. Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016.
68. Téléconsultation [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation> Consulté le 4 Mars 2019
69. Saint-André S, Neira Zalentein W, Robien D, Lazartigues A. La télépsychiatrie au service de

l'autisme. L'Encéphale. 2011;37:18-24.

70. Haouzir S. «Au centre hospitalier de Rouvray, la télé-psychiatrie au service de la santé mentale» [Internet]. Fédération Hospitalière de France (FHF). Disponible sur : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Au-centre-hospitalier-de-Rouvray-la-tele-psychiatrie-au-service-de-la-sante-mentale>
Consulté le 4 Mars 2019

71. ARS Bourgogne-Franche-Comté. Démarrage réussi de la télé expertise en dermatologie dans le Nord Franche-Comté [Internet]. 2018. Disponible sur : <http://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/index.php/demarrage-reussi-de-la-tele-expertise-en-dermatologie-dans-le-nord-franche-comte>
Consulté le 4 Mars 2019

72. Rouquet R, Cucheval J, Charleux D. La télé-expertise en dermatologie, un outil pour faciliter le dépistage de tumeurs. Évaluation à mi-parcours d'une expérimentation en Hauts-de-France. Ann Dermatol Vénérologie [Internet]. 1 déc 2016;143(12, Supplement):S173-4. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963816306056>
Consulté le 4 Mars 2019

VIII-ANNEXES

Annexes 1 : Guide d'entretien

PRESENTATION :

Bonjour,

Je m'appelle Anne-Sophie, dans le cadre de mes études de médecine générale, je réalise une thèse sur l'intérêt de l'utilisation de la télé expertise pour les acteurs de soins primaires, dans la prise en charge des plaies chroniques au domicile. C'est donc pour cela que je me tourne vers vous.

Cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone et votre anonymat sera préservé.

Au cours de cet entretien, je vais vous poser des questions sur vos perceptions, attentes concernant la télé expertise et sur son utilisation dans votre pratique professionnelle.

Vous pouvez parler librement, me dire tous ce qui vous passe par la tête, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce que je désire connaître c'est votre vécu et votre avis.

N'hésitez pas à m'interrompre au cours de l'entretien si vous avez des questions ou me faire répéter si vous n'avez pas bien compris une de mes questions.

THEME I : Notion sur la Télé expertise

Question principale	Questions de relance	
<ul style="list-style-type: none">• Que savez-vous de la télé expertise ? <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous me parler de la télé expertise ?	<ul style="list-style-type: none">• Comment avez-vous pris connaissance de cela ?• Si vous deviez en parler à quelqu'un qui ne connaît pas la télé expertise, comment le lui décririez-vous ?• Cette technique semble se développer, pourquoi d'après vous ?	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous m'en dire plus ?• Pouvez-vous me donner des exemples ?

THEME II : Perception et attentes de ce projet de Télé expertise

Question principale	Questions de relance	
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles ont été vos attentes après avoir eu connaissance du projet ? <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'attendiez-vous de ce projet après vous l'avoir présenté ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment imaginiez-vous que ça allait se passer ? • Pour quelles raisons avez-vous décidé d'adhérer au projet ? • Quelles sont, si vous en avez ou avez eu, vos réticences face à l'utilisation de la télé expertise ? • Comment voyez-vous l'avenir de la télé expertise ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous m'en dire plus ? • Pouvez-vous me donner des exemples ?

THEME III : L'utilisation de la Télé-expertise

Question principale	Questions de relance	
<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que ça a changé dans votre pratique professionnelle ? <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concernant votre pratique professionnelle, qu'est-ce que ça a changé ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Désormais, comment abordez-vous la prise en charge des plaies ? • Concernant l'accès aux soins, qu'est-ce que la télé expertise apporte ? • Pensez-vous avoir acquis de nouvelles compétences professionnelles ? Pourquoi ? Dans le diagnostic étiologique ? Dans la décision thérapeutique ? Dans le choix du type de pansement ? • Concernant la relation entre les différents professionnels de santé, que pourriez-vous dire ? • Quelle est pour vous la place du médecin traitant dans la télé expertise ? <i>Quel est le rôle du médecin traitant ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous m'en dire plus ? • Pouvez-vous m'en dire davantage ? • Pouvez-vous me donner des exemples ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que cela entraîne sur votre temps de travail ? • Quelles sont les réactions de vos patients ? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous du matériel technique ? <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concernant l'outil technique, qu'en pensez-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous apporte cet outil ? • Que pouvez-vous me dire sur la traçabilité des données ? • Qu'elles sont, si vous en avez ou avez eu, les difficultés/contraintes que vous avez rencontrées avec cet outil ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous m'en dire davantage ? • Pouvez-vous me donner des exemples ?

PUIS :

<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous d'autres remarques à ajouter ? <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous avez dit tout ce qui vous semble important ?
--

Annexes 2 : Données sociodémographiques

Données sur les acteurs de soins primaires :

- Quel est votre âge ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Quel est votre mode d'exercice ? (seul, en maison de santé...)
- Lieu d'exercice ?
- A quelle distance vous situez-vous par rapport au CH de Libourne ?
- Nombre de patient suivi par Télé expertise ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Titre : Avis des acteurs de soins primaires sur l'utilisation de la télé-expertise, dans leur pratique professionnelle, pour le suivi des plaies chroniques au domicile. Étude Qualitative

Introduction : Les plaies chroniques sont un problème de santé publique, notamment en rural où l'accès aux soins est difficile. La Télémédecine semble être une solution pour pallier à ce problème d'offre de soins. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'intérêt de la télé-expertise, pour les acteurs de soins primaires, dans le suivi des plaies chroniques au domicile, de soulever leurs réticences et perspectives d'avenir pour cet outil.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs, suivant un guide d'entretien composé de questions ouvertes. La population étudiée était des infirmier(e)s et des médecins généralistes du territoire Libournais, qui travaillaient par télé-expertise avec le centre de cicatrisation de l'hôpital de Libourne.

Résultats : 15 entretiens ont été réalisés entre le 4 Juillet et le 14 Novembre 2018. Plusieurs points en ressortent : 1-En raison de la pénurie médicale et de la difficulté d'accès aux soins, la télé-expertise se développe pour répondre au défaut d'offre de soins. 2-Elle est appréciée par les soignants, car en luttant contre l'isolement géographique, les échanges interprofessionnels sont améliorés, plus formateurs et leurs permettent d'acquérir certaines compétences professionnelles. L'accès aux soins est amélioré avec un gain de confort, de qualité de prise en charge pour les patients et d'argent. 3- Elle doit encore faire ses preuves sur certains points, comme sur sa rémunération mais aussi pour éviter la surcharge de travail de ses utilisateurs. Une amélioration de la formation technique et certains ajustements du logiciel sont encore nécessaires ainsi que l'augmentation de la couverture réseau. 4- La télé-expertise n'est pas synonyme de déshumanisation pour ses utilisateurs et trouve sa place dans le suivi des plaies chroniques. 5- Le rôle de pivot du médecin généraliste est mis en valeur et renforcé mais pour le maintenir il doit intégrer et adapter à son exercice professionnel, cette nouvelle technologie, pour ne pas devenir simple observateur.

Conclusion : La télé-expertise trouve son intérêt, pour les acteurs de soins primaires, dans le suivi des plaies chroniques au domicile, ce qui encourage son développement à plus grande échelle et dans divers domaines de la santé.

Mots-clés : Télémédecine. Télé-expertise. Soins primaires. Plaies chroniques. Médecins généralistes. Infirmiers. Centre expert.

Discipline : Médecine générale

Unité de recherche :

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