



HAL
open science

Impact d'interventions personnalisées de sensibilisation aux téléconsultations : cas du réseau Cicat-Occitanie pour les professionnels de santé des EHPAD lozériens

Bastien Paul

► To cite this version:

Bastien Paul. Impact d'interventions personnalisées de sensibilisation aux téléconsultations : cas du réseau Cicat-Occitanie pour les professionnels de santé des EHPAD lozériens. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03476754

HAL Id: dumas-03476754

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03476754>

Submitted on 13 Dec 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Bastien PAUL

Le 09 Novembre 2021

**IMPACT D'INTERVENTIONS PERSONNALISEES DE
SENSIBILISATION AUX TELECONSULTATIONS :
CAS DU RESEAU CICAT-OCCITANIE POUR LES
PROFESSIONNELS DE SANTE DES EHPAD LOZERIENS**

Directeurs de thèse : Docteur François CARBONNEL et Docteur Chloé GERI

JURY

Président :

Pr Maurice HAYOT : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier - Physiologie

Assesseurs :

Dr François CARBONNEL : Maitre de conférences des Universités - Médecine Générale

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS : Maitre de conférences des Universités - Médecine Générale

Dr Luc TEOT : Praticien Hospitalier Chargé d'Enseignement – Chirurgie Plastique,
Reconstructrice et Esthétique

Dr Chloé GERI : Docteur en Médecine – Gériatrie

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Bastien PAUL

Le 09 Novembre 2021

**IMPACT D'INTERVENTIONS PERSONNALISEES DE
SENSIBILISATION AUX TELECONSULTATIONS :
CAS DU RESEAU CICAT-OCCITANIE POUR LES
PROFESSIONNELS DE SANTE DES EHPAD LOZERIENS**

Directeurs de thèse : Docteur François CARBONNEL et Docteur Chloé GERI

JURY

Président :

Pr Maurice HAYOT : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier - Physiologie

Assesseurs :

Dr François CARBONNEL : Maitre de conférences des Universités - Médecine Générale

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS : Maitre de conférences des Universités - Médecine Générale

Dr Luc TEOT : Praticien Hospitalier Chargé d'Enseignement – Chirurgie Plastique,
Reconstructrice et Esthétique

Dr Chloé GERI : Docteur en Médecine – Gériatrie

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELLISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Remy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

1 / 8

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire ^{1,2}
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire ¹
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Amaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie



SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
 <u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques



Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

REMERCIEMENTS

Remerciements au jury

Professeur HAYOT Maurice

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Docteur FOLCO-LOGNOS Béatrice

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et de vous intéresser à mon travail. Soyez assurée de ma gratitude la plus sincère.

Docteur CARBONNEL François

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, et ce avec tant de bienveillance, de pédagogie et de patience. Je sentais que je frappais à la bonne porte en te proposant de travailler autour de la gériatrie, les plaies chroniques et surtout la Lozère. J'ai un profond respect pour ton dévouement universitaire.

Docteur TEOT Luc

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. C'est un honneur de pouvoir compter sur votre expérience dans le domaine de la cicatrisation, tant sur la construction de nouvelles connaissances scientifiques solides, que celle de la reconnaissance de cette discipline auprès du corps médical et paramédical.

Docteur GERI Chloé

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Ta disponibilité et ton expertise ont été décisives. Le dynamisme et le sens de l'écoute auprès des professionnels de santé de terrain dont tu fais preuve sont un exemple que je souhaite suivre.

Remerciements à mes pairs et collègues

A tous ceux qui m'ont inspiré et qui ont participé à construire tant mon savoir-faire que mon savoir-être.

Je remercie l'ensemble des équipes m'ayant accueilli en stage. J'ai eu la chance d'avoir pu vivre mon internat comme un moment d'épanouissement professionnel et personnel auprès de vous malgré les difficultés auxquels nous devons faire face pour soigner avec humanité.

En ce sens, j'ai évidemment une pensée particulière pour les équipes du Centre hospitalier de Mende, et notamment celle du pôle gériatrique.

Je remercie le réseau Cicat-Occitanie pour avoir accueilli cette étude avec enthousiasme et avoir su répondre à mes nombreuses questions.

Je remercie également le DIM du CHU Montpellier, et tout particulièrement Dr Lionel MOULIS, pour son apport sur le plan statistique et ses remarques pertinentes lors de nos multiples échanges.

Enfin je tiens à adresser un grand merci aux professionnels de santé des EHPAD lozériens qui ont pris le temps de s'intéresser à mon travail et de réfléchir sur leurs pratiques malgré un quotidien déjà très chargé.

Remerciements à mes proches

Quelques lignes ne suffiront pas à vous remercier à la hauteur que vous méritez.

Je resterai donc sobre à l'écrit mais je me ferai un plaisir de vous exprimer toute ma reconnaissance de vive voix quand je pourrai enfin dire que cette thèse est terminée !

SOMMAIRE

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT	3
REMERCIEMENTS	20
Remerciements au jury	20
Remerciements à mes pairs et collègues	20
Remerciements à mes proches	21
SOMMAIRE	22
GLOSSAIRE	23
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	24
Table des figures	24
Table des tableaux	24
INTRODUCTION	25
MATERIEL ET METHODES	27
Population	27
Intervention	27
Questionnaire	28
Visioconférence	29
Critères de jugement	29
Plan d'analyse statistique	29
Ethique	30
RESULTATS	31
Descriptif de la population étudiée	31
Résultat et analyse du critère de jugement principal	31
Résultat et analyse du critère de jugement secondaire	32
Caractéristiques des professionnels de santé des EHPAD lozériens ayant répondu au questionnaire	32
Cotation des freins au recours aux téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie	33
Visioconférences	34
Analyses secondaires univariées	34
DISCUSSION	36
Confrontation avec la littérature	36
Forces et Limites	38
Ouverture	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	49
Annexe 1 : Checklist des critères WIDER appliquée à notre étude	49
Annexe 2 : Questionnaire à destination des professionnels de santé des EHPAD lozériens du bras intervention	50
Annexe 3 : Courriel post-visioconférence avec ses pièces-jointes	59
SERMENT D'HIPPOCRATE	97
RESUME ET MOTS-CLES	98

GLOSSAIRE

- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- Cicat-LR : Cicat-Languedoc-Roussillon
- CNAM : Caisse National d'Assurance Maladie
- DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ET : Ecart-Type
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- RVHPCLR : Réseau Ville-Hôpital Plaies et Cicatrisation en Languedoc-Roussillon
- WIDER : Workgroup for Intervention Development and Evaluation Research
- WMW : Wilcoxon Mann et Whitney

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Table des figures

FIGURE 1 : MOYENNE (\pm ET) DES COTATIONS, PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DES EHPAD LOZERIENS, DES FREINS AU RECOURS AUX TELECONSULTATIONS DU RESEAU CICAT-OCCITANIE	33
--	----

Table des tableaux

TABLEAU 1 - FREINS AUX TELECONSULTATIONS RAPPORTES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LA LITTERATURE	28
TABLEAU 2 : DESCRIPTIF DES EHPAD LOZERIENS, AVEC LA RANDOMISATION PAR MEDECIN COORDONNATEUR	31
TABLEAU 3 : CARACTERISTIQUES DES 38 PROFESSIONNELS DE SANTE AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE PARMIS LES 82 INTERROGES	32
TABLEAU 4 : ANALYSES UNIVARIEES EVALUANT LE LIEN ENTRE LA COTATION DES FREINS ORGANISATIONNELS ET UN PRECEDENT RECOURS AU RESEAU CICAT-OCCITANIE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DES EHPAD LOZERIENS	35

INTRODUCTION

Les 2,5 millions de plaies chroniques en France représentent un coût global estimé par l'assurance maladie à près d'1 milliard d'euros par an (1,2). L'âge est un facteur de risque de chronicisation des plaies avec la présence souvent associée d'une fragilité cutanée, d'une dénutrition et de comorbidités (3–5). Fin 2015, la France comptait 7 339 EHPAD qui accueillait environ 580 000 personnes avec une moyenne d'âge à l'entrée de 85 ans et 2 mois (6). Intervenir efficacement pour prévenir et traiter les plaies chroniques auprès de ces personnes âgées dépendantes est un enjeu important pour notre système de santé.

Le réseau Cicat-Occitanie est une association à but non lucratif loi 1901 qui, depuis sa création en 1999 sous l'appellation initiale de RVHPCLR puis de Cicat-LR, a pour rôles l'accompagnement, la formation, la coordination de parcours de soins et l'aide à la décision pour tous médecins ou IDE d'Occitanie concernant les patients porteurs de plaies complexes. Depuis 2013, il développe la télémédecine avec notamment des téléconsultations (7–9).

Dans le domaine des plaies et cicatrisation, les téléconsultations sont aussi efficaces que les consultations en présentiel, avec la même satisfaction rapportée par les soignants et les patients, mais avec l'avantage d'éviter les transports (10–12).

Le réseau Cicat-Occitanie est moins développé en Lozère. Or, c'est un département rural d'Occitanie sous-doté en médecins généralistes et en nombreuses autres spécialités tant en libéral qu'en hospitalier. Les premiers centres de cicatrisation, qui réunissent une équipe pluridisciplinaire experte en cicatrisation, sont à Rodez ou Montpellier, soit 2h de route en moyenne (13–15).

Des freins au recours à la télémédecine ont été repérés par diverses thèses et études qualitatives chez les professionnels de santé. Les freins applicables aux téléconsultations que propose le réseau Cicat-Occitanie peuvent être classés en 3 catégories : freins humains/éthiques, organisationnels, économiques (10,16–20).

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer à 3 mois l'impact d'une intervention personnalisée de sensibilisation prenant en compte ces freins, auprès des professionnels de santé des EHPAD lozériens, sur leur taux de demandes de téléconsultations auprès du réseau Cicat-Occitanie.

L'objectif secondaire était de décrire les freins humains, organisationnels et économiques liés au recours aux téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie rapportés par les professionnels de santé des EHPAD lozériens, et d'évaluer si ces freins sont liés aux caractéristiques des répondants.

MATERIEL ET METHODES

Population

Dans cette étude interventionnelle comparative avec randomisation en grappe, la population « patient » était l'ensemble des 1 591 résidents des 28 EHPAD lozériens. La population « professionnels » était l'ensemble des 17 médecins coordonnateurs, des 50 médecins généralistes et des 98 IDE intervenant dans les EHPAD lozériens.

Le nom des médecins coordonnateurs et des médecins généralistes traitants des résidents, le nombre d'IDE intervenant dans l'EHPAD et le nombre de résidents ont été recueillis auprès des IDE coordonnateurs, des cadres ou de la direction des EHPAD. Ce recueil a eu lieu par appels téléphoniques où était présentés ce travail comme « une étude en rapport avec une thèse de médecine générale qui porte sur les EHPAD lozériens et le réseau Cicat-Occitanie ». Ce recueil ayant lieu avant la randomisation il n'a pas été donné plus de détails afin de ne pas provoquer de biais d'information.

La randomisation a été réalisée en grappe sur le médecin coordonnateur, avec stratification sur le nombre de places dans l'EHPAD, afin d'obtenir un bras EHPAD intervention et un bras EHPAD contrôle. Afin d'éviter le biais de communication, les EHPAD où intervenait un même médecin généraliste ont été mis dans le même bras. De même, deux EHPAD sans médecin coordonnateur mais avec la même direction ont été regroupés dans une grappe, et les autres EHPAD sans médecin coordonnateur ont été regroupés dans une autre grappe.

L'étude a été conçue pour respecter les critères WIDER, créés pour évaluer les interventions visant une modification de comportement (21,22). Ils sont au nombre de quatre : description détaillée de l'intervention proposée (critères CONSORT pour les interventions non médicamenteuses), clarifier les principes de conception de l'intervention et du processus supposé de modification de comportement, pouvoir accéder au protocole d'intervention et enfin la description détaillée du contrôle actif (*Annexe 1*).

Intervention

Il a été supposé que faire connaître le réseau Cicat-Occitanie aux professionnels de santé des EHPAD lozériens, les faire s'exprimer puis discuter de leurs freins permettraient de faciliter son recours pour leurs patients porteurs de plaie complexe.

Elle a eu lieu en deux temps : un questionnaire puis une visio-conférence.

Questionnaire

Tout d'abord, les professionnels de santé des EHPAD du bras intervention étaient invités par courriel à répondre à un questionnaire fermé. Il a été construit par les auteurs, sur Google forms, en 11 questions réparties sur 2 sections (*Annexe 2*).

La première section consistait à recueillir des renseignements sur les participants.

Dans la deuxième, il leur a été demandé de coter de 0 à 4 (allant de « pas du tout » à « beaucoup ») les différents freins aux téléconsultations rapportés par la littérature (10,16–20,23,24). Ces freins ont été classés en trois groupes (24): freins humains/éthiques, freins organisationnels et freins économiques (*Tableau 1*).

Freins humains/éthique	Freins organisationnels		Freins économiques
	<i>Avant la téléconsultation</i>	<i>Pendant la téléconsultation</i>	
Crainte d'une médecine virtuelle	Cadre légal flou	Chronophage	Difficultés de financement du matériel
Défaut d'intégration dans le dossier médical	Manque de temps	Patient peu compliant	Défaut d'investissement des instances publiques
Perte du respect du secret médical	Prise de rendez-vous compliquée	Procédure compliquée	Méfiance sur le mode de rémunération
Perte relation patient-médecin	Remise en question de l'organisation actuelle	Pas de connexion / Mauvaise connexion	Craintes des mutuelles et assurances
Crainte pour la responsabilité médicale	Manque de formation spécifique	Difficultés d'utilisation de l'outils numérique	
Manque d'intérêt	Pas de tablette dédiée dans l'établissement	Mauvaise ergonomie de l'application	
Perte d'autonomie dans la prise en charge	Téléphone portable interdit pour les agents	Craintes pour les prescriptions médicales	
Méfiance des plateformes de télémédecine			

Tableau 1 - Freins aux téléconsultations rapportés par les professionnels de santé dans la littérature

Visioconférence

Ensuite, une visioconférence a été réalisée, par le même interne de médecine générale, pour chaque EHPAD du bras intervention avec les professionnels de santé y intervenant qui le désiraient. Ces visioconférences duraient environ une heure et avaient lieu environ deux semaines après l'envoi du questionnaire.

Elles ont permis de présenter le fonctionnement du réseau Cicat-Occitanie et d'apporter des réponses aux freins qu'ils avaient mis en avant par le questionnaire. Les freins discutés étaient ceux qui avaient recueillis une cotation supérieure ou égale à 2 parmi les réponses pour l'EHPAD considéré, et ceux qui étaient exprimés librement par les participants de la visioconférence. Les réponses proposées étaient issues de discussions avec le réseau Cicat-Occitanie et d'une recherche bibliographique réalisée par les auteurs (7,10,25–28). Enfin les visioconférences étaient conclues par un temps d'échange informel sur le sujet.

Chaque visioconférence était suivie d'un courriel pour chaque participant reprenant les réponses aux freins et un lien pour visionner une vidéo sur le fonctionnement du réseau Cicat-Occitanie (*Annexe 3*).

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'incidence en résident-année de nouveaux recours aux téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie par les professionnels de santé des EHPAD lozériens.

Les critères de jugement secondaires étaient la cotation des différents freins de 0 à 4 (« pas du tout » à « beaucoup ») selon le ressenti des participants.

Plan d'analyse statistique

Les variables quantitatives ont été décrites avec leur moyenne (+/- écart-type) et les variables qualitatives en effectifs (pourcentages).

L'analyse statistique principale a été réalisée avec un test du Chi², ou un test exact de Fisher si les conditions d'application ne le permettaient pas.

Une incidence de 0,56% résident-année de recours aux téléconsultations par EHPAD lozériens en 2020 a été rapportée par le réseau Cicat-Occitanie. Il a été considéré une puissance à 80%, un

taux d'attrition de 5%, un coefficient de variation à 0,5, un nombre de cluster à 19 et un risque α de première espèce de 5%. Ainsi, il aurait été possible d'observer une différence statistiquement significative au-delà d'une augmentation d'au moins 1,2% résident-année entre l'incidence des recours au réseau Cicat-Occitanie par les professionnels de santé des EHPAD lozériens du bras intervention comparée à celle du bras contrôle.

Pour l'analyse secondaire, en fonction des effectifs concernés, les analyses univariées ont nécessité un test du Chi² (ou un test exact de Fisher si les conditions ne le permettaient pas), ou des tests de Student (ou des tests WMW ou de Kruskal-Wallis si les conditions ne le permettaient pas). Ces analyses ont été considérées avec un risque α de première espèce de 5%.

Les données étaient anonymisées puis fournies par le réseau Cicat-Occitanie.

La randomisation et les analyses statistiques ont été réalisées par l'Unité de Recherche Clinique et Epidémiologique du CHU de Montpellier.

Le protocole d'étude a été enregistré sur Clinical Trials avec l'identifiant RECHMPL21_0373.

Ethique

Un comité local d'éthique recherche a approuvé la méthodologie de cette étude avec le numéro d'enregistrement IRB-MTP_2021_06_202100858.

Les auteurs de cette étude déclaraient ne pas avoir de conflit d'intérêt avec le sujet de l'étude.

RESULTATS

Descriptif de la population étudiée

		Total	Bras intervention	Bras contrôle
EHPAD (N)		28	14	14
Médecin coordonnateur (N)		19	9	10
Nombre de résidents par EHPAD	Moyenne ($\pm ET$)	56.8 (± 25.2)	57.1 (± 30.2)	56.6 (± 20.1)
	Médiane (min ; max)	51.5 (24 ; 135)	50.5 (24 ; 135)	52.5 (24 ; 93)
Résidents Total (N)		1591	799	792

Tableau 2 : Descriptif des EHPAD lozériens, avec la randomisation par médecin coordonnateur

Résultat et analyse du critère de jugement principal

Sur les 3 mois qui ont suivis les visio-conférences, 8 recours aux téléconsultations ont été comptabilisés par le réseau Cicat-Occitanie pour des résidents d'EHPAD lozériens dont 5 issus du bras intervention et 3 issus du bras contrôle.

L'incidence était donc de 2,50% résident-année pour le bras intervention et 1,52% résident-année pour le bras contrôle.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative de l'incidence du recours au réseau entre les deux bras d'EHPAD (p-value = 0,73 pour le test exact de Fisher).

Résultat et analyse du critère de jugement secondaire

Caractéristiques des professionnels de santé des EHPAD lozériens ayant répondu au questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par courriel aux 8 médecins coordonnateurs (un EHPAD n'en avait pas), à 28 médecins généralistes libéraux et les 50 IDE intervenant dans les EHPAD du bras intervention, directement ou indirectement via les IDE coordonnateurs des structures. Le questionnaire n'a pas été envoyé à deux médecins généralistes libéraux car leurs existences n'ont été signalées qu'au moment de la visio-conférence.

L'ensemble des EHPAD du bras intervention ont été représenté par au moins un professionnel y intervenant. Un médecin généraliste libéral intervenant dans un EHPAD du bras intervention a dit intervenir également dans trois EHPAD du bras contrôle.

Questions	Modalités	N (%)
Quel est votre rôle au sein de l'EHPAD ?	IDE	28 (74)
	Médecin coordonnateur	5 (13)
	Médecin généraliste libéral	5 (13)
Quel est votre tranche d'âge ?	20 à 30 ans	6 (16)
	31 à 40 ans	8 (21)
	41 à 50 ans	10 (26)
	51 à 60 ans	9 (24)
	Plus de 60 ans	5 (13)
Avez-vous un D.U. ou D.I.U. Plaie et cicatrisation ?	Oui	3 (8)
	Non	35 (92)
Connaissez-vous le réseau Cicat-Occitanie ?	Oui	22 (58)
	Non	16 (42)
Avez-vous déjà fait appel au réseau Cicat-Occitanie ?	Oui	16 (42)
	Non	22 (58)

Tableau 3 : Caractéristiques des 38 professionnels de santé ayant répondu au questionnaire parmi les 82 interrogés

Cotation des freins au recours aux téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie

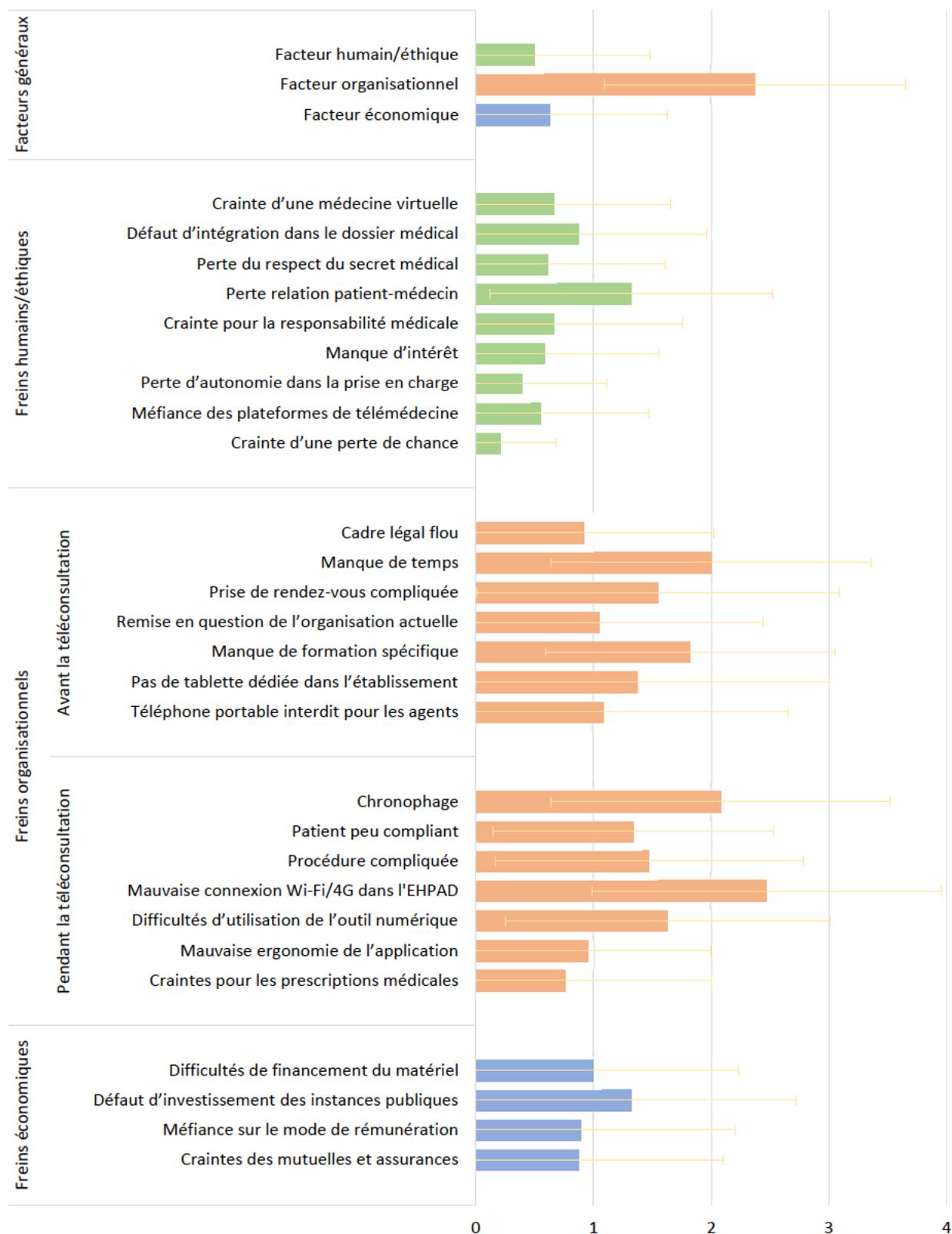


Figure 1 : Moyenne (±ET) des cotations, par les professionnels de santé des EHPAD lozériens, des freins au recours aux téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie

Visioconférences

Du 27 Janvier au 12 Février 2021, les visioconférences personnalisées ont pu être effectuées pour les 14 EHPAD lozériens du bras intervention auprès de 27 professionnels de santé dont 26 IDE (96%), 1 médecin coordonnateur (3%) et aucun médecin généraliste libéral (0%).

Concernant leurs durées et leurs contenus, elles ont été réalisées suivant la méthodologie qui a été établie dans la partie Matériel et méthodes.

Analyses secondaires univariées

La cotation du facteur organisationnel comme frein au recours aux téléconsultations était significativement plus élevée que celle des facteurs humains et économiques avec une moyenne de 2,37 ($\pm 1,28$) contre respectivement 0,50 ($\pm 0,98$) et 0,63 ($\pm 1,00$) (p-value < 0,0001).

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre le rôle au sein de l'EHPAD et la cotation des facteurs généraux.

Une cotation plus basse du facteur économique était liée statistiquement avec le précédent recours au réseau Cicat-Occitanie avec une moyenne de 0,25 ($\pm 0,68$) contre 0,91 ($\pm 1,11$) (p-value = 0,03). Ce lien n'a pas été retrouvé pour le facteur humain et le facteur organisationnel.

La formation par DU ou DIU Plaie et Cicatrisation n'a pas été corrélée avec la connaissance du réseau.

Les analyses univariées entre les cotations aux freins organisationnels et le précédent recours au réseau Cicat-Occitanie sont à retrouver dans le *Tableau 4*.

		Avez-vous déjà fait appel au réseau Cicat-Occitanie ? (Moyenne (±ET) et Médiane (min ; max))			p-value
		Oui	Non	Total	
Freins organisationnels		16	22	38	
Avant la téléconsultation	Cadre légal flou	0.63 (±0.89) 0 (0 ; 2)	1.14 (±1.21) 1 (0 ; 4)	0.92 (±1.10) 1 (0 ; 4)	0.17
	Manque de temps	1.88 (±1.36) 2 (0 ; 4)	2.09 (±1.38) 2 (0 ; 4)	2.00 (±1.36) 2 (0 ; 4)	0.65
	Prise de rendez-vous compliquée	1.06 (±1.39) 0.5 (0 ; 4)	1.91 (±1.57) 1.5 (0 ; 4)	1.55 (±1.54) 1 (0 ; 4)	0.07
	Remise en question de l'organisation actuelle	0.44 (±0.89) 0 (0 ; 3)	1.50 (±1.54) 1.50 (0 ; 4)	1.05 (±1.39) 0 (0 ; 4)	0.02*
	Manque de formation spécifique	1.19 (±1.05) 1 (0 ; 3)	2.27 (±1.16) 2 (0 ; 4)	1.82 (±1.23) 2 (0 ; 4)	< 0.01*
	Pas de tablette dédiée dans l'établissement	0.88 (±1.36) 0 (0 ; 4)	1.73 (±1.75) 1.50 (0 ; 4)	1.37 (±1.63) 0.5 (0 ; 4)	0.12
	Téléphone portable interdit pour les agents	0.31 (±0.60) 0 (0 ; 2)	1.64 (±1.81) 0.5 (0 ; 4)	1.08 (±1.57) 0 (0 ; 4)	0.04*
	Chronophage	2.06 (±1.34) 2.5 (0 ; 4)	2.09 (±1.54) 2 (0 ; 4)	2.08 (±1.44) 2 (0 ; 4)	1.00
	Pendant la téléconsultation	Patient peu compliant	0.88 (±1.02) 0.5 (0 ; 3)	1.68 (±1.21) 2 (0 ; 4)	1.34 (±1.19) 1 (0 ; 4)
Procédure compliquée		1.00 (±1.10) 1 (0 ; 4)	1.82 (±1.37) 2 (0 ; 4)	1.47 (±1.31) 1 (0 ; 4)	0.06
Mauvaise connexion WIFI/4G dans l'EHPAD		2.69 (±1.49) 3 (0 ; 4)	2.32 (±1.49) 3 (0 ; 4)	2.47 (±1.48) 3 (0 ; 4)	0.40
Difficultés d'utilisation de l'outils numérique		1.06 (±1.24) 0.5 (0 ; 3)	2.05 (±1.36) 2 (0 ; 4)	1.63 (±1.38) 1 (0 ; 4)	0.03*
Mauvaise ergonomie de l'application		0.75 (±0.86) 0.5 (0 ; 2)	1.09 (±1.15) 1 (0 ; 4)	0.95 (±1.04) 1 (0 ; 4)	0.42
Craintes pour les prescriptions médicales		0.31 (±0.70) 0 (0 ; 2)	1.09 (±1.44) 0 (0 ; 4)	0.76 (±1.24) 0 (0 ; 4)	0.07

Tableau 4 : Analyses univariées évaluant le lien entre la cotation des freins organisationnels et un précédent recours au réseau Cicat-Occitanie par les professionnels de santé des EHPAD lozériens

DISCUSSION

Confrontation avec la littérature

Le résultat principal montrait une corrélation positive entre l'intervention et une augmentation de l'incidence des recours aux téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie. L'incidence a ainsi été multipliée par près de 4,5 entre 2020 et 2021 (0,56% contre 2,50% résident-année). En revanche, même si l'incidence n'a été multipliée que par 2,7 dans le bras contrôle (0,56% contre 1,52% résident-année), il n'y avait pas une différence statistiquement significative entre les deux bras permettant de conclure sur l'efficacité de l'intervention.

Pour nuancer ce résultat, une revue systématique de la littérature des études visant à une modification de comportement des professionnels de santé par la formation mettait en avant que seul un tiers d'entre elles avaient une corrélation positive pour leur critère de jugement principal, et parmi celles-ci peu obtenaient une significativité. Plus généralement, les auteurs concluaient que le corpus scientifique suggérait que les effets de la formation sur une modification de comportement paraissaient limités, bien qu'il s'agissait d'un ingrédient nécessaire ou tout du moins une première étape dans le processus de changement (22).

Une étude qualitative sur l'utilisation d'une application d'aide à la décision clinique en oncologie a placé l'interdiction du téléphone portable personnel comme principal frein (29) alors qu'il n'a été coté qu'à 1,08 ($\pm 1,57$) par les professionnels de santé dans notre étude. Il est logique que ce frein soit plus mis en avant pour une application de ce type qui nécessite une utilisation quotidienne. D'ailleurs, il est intéressant de noter une différence significative entre les professionnels ayant déjà fait appel ou non au réseau Cicat-Occitanie (0,31 ($\pm 0,60$) contre 1,64 ($\pm 1,81$) $p=0,04$). Cette différence peut s'expliquer par la présence de tablette dédiée dans certains EHPAD, où la problématique a donc disparu.

Une étude qualitative a été réalisée auprès d'IDE sur la mise en place de la télémédecine dans des services d'urgences ruraux aux Etats-Unis (30). Les auteurs y ont proposé un questionnaire fermé où devait être désigné le frein considéré comme le plus important. Sur les 235 IDE ayant répondu, le facteur économique ressortait nettement avec 37% des réponses. Une expérimentation de téléconsultation pour des patients porteurs d'escarre au Canada l'avait également mis dans ses principaux écueils (31). Cela contraste avec nos résultats où il n'a été coté qu'à 0,63 ($\pm 1,00$), contre 2,37 ($\pm 1,28$) pour le facteur organisationnel. Comme semble le confirmer une revue de la littérature sur les barrières à la télémédecine dans le monde (32),

l'absence de sécurité sociale performante et le défaut d'investissement d'instances publiques de santé en Amérique du Nord expliquent cette différence. Dans l'étude états-unienne, les difficultés d'utilisation de l'outil numérique ont été indiquées en deuxième position à 11% et l'expérimentation canadienne plaçait également ce frein comme l'un des principaux. Nos résultats montraient que les professionnels de santé des EHPAD lozériens considéraient ce frein comme moyennement important en le cotant à 1,63 (\pm 1,38). De plus, ils l'ont coté significativement moins en cas de précédent recours au réseau. La plateforme Domoplaie, utilisée lors des téléconsultations, est donc assez simple pour lever cette problématique. Ces deux études nord-américaines étaient des premiers retours d'expériences de télémédecine nouvellement proposées, là où notre étude visait à utiliser ces retours pour aider les professionnels à aller vers un réseau déjà bien installé localement.

A notre connaissance, il n'y avait pas d'étude comparable recherchant une modification de comportement de professionnels de santé visant à augmenter le recours à des téléconsultations. Seul un protocole d'étude de grande ampleur datant de juin 2020, non encore réalisée, avait cet objectif pour les vétérans américains porteurs de plaies chroniques (33).

La CNAM montrait que si les téléconsultations représentaient moins de 1% des consultations des médecins généralistes en 2019, ce chiffre avait connu un pic à 27% durant la première vague de Covid-19 et s'était stabilisé autour de 6% pour la fin de l'année 2020 (34). En revanche, cet essor de la télémédecine ne serait pas retrouvé avec la même intensité dans les EHPAD (35). Même si elle a forcément joué un rôle, à ce stade, nous pouvons donc difficilement évaluer quel a été l'impact précis de la pandémie sur l'évolution globale de l'incidence des recours aux téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie entre 2020 et 2021. Un réseau préexistant à la pandémie a de toute façon été un atout pour le développement quantitatif et qualitatif de la télémédecine pour évaluer et traiter les patients porteurs de plaies chroniques durant cette période (36,37).

Bien qu'officiellement 92% du territoire, soit 98% de la population lozérienne, était couvert par la 4G (38), la mauvaise connexion par Wi-Fi et/ou 4G dans l'établissement a été fortement cotée (moyenne 2,47 (\pm 1,48)) et ce peu importe un précédent recours (2,69 (\pm 1,49) et 2,32 (\pm 1,49) ; $p=0,40$). L'interdiction d'utiliser son téléphone portable personnel, et donc la 4G potentiellement disponible, et la présence d'une tablette qui captait difficilement le Wi-Fi dans la chambre du résident expliquent la cotation importante de ce frein.

Une revue de la littérature des évaluations de la télémédecine durant la pandémie de Covid-19 a été réalisée pour voir si elles avaient pris en compte les enjeux éthiques, juridiques et sociaux des informations de santé (39). Même si cela tendait à s'améliorer les auteurs soulignaient que ces problématiques ont été trop peu mises en avant. Notre étude avait pris en compte ces enjeux et cette inquiétude n'a pas été retrouvée chez les professionnels de santé des EHPAD lozériens concernant le réseau Cicat-Occitanie. En effet, le facteur humain/éthique n'a été coté qu'à 0,50 ($\pm 0,98$) et la perte du respect du secret médical à 0,61 ($\pm 1,00$).

Forces et Limites

Parmi les freins identifiés, ceux ayant été considérées comme les plus faibles ont été « Manque d'intérêt » 0,58 ($\pm 0,98$), « Perte d'autonomie dans la prise en charge » 0,39 ($\pm 0,72$), « Crainte d'une perte de chance » 0,21 ($\pm 0,47$) et « Méfiance des plateformes de télémédecine » 0,55 ($\pm 0,92$). Cela confirme l'intérêt et la reconnaissance des professionnels de santé dans l'apport du réseau Cicat-Occitanie dans la prise en charge de leur patients porteurs de plaie (10). Pour illustrer cela, nous pouvons noter que l'ensemble des EHPAD du bras intervention a été représenté par au moins l'un de ses professionnels dans les réponses au questionnaire. De plus, les visio-conférences ont pu y être organisées malgré des emplois du temps chargés et compliqués par la pandémie de Covid-19. Parmi les 58% des répondants au questionnaire qui connaissaient le réseau, seuls 42% y avaient déjà fait appel. Notre étude répondait donc bien à la nécessité d'aller au-devant des professionnels de santé pour présenter le réseau et comprendre leurs freins afin qu'ils puissent aller plus facilement vers celui-ci quand ils en auraient besoin.

La principale limite de cette étude était tout de même sa temporalité car les visio-conférences ont eu lieu pendant la période de vaccination contre le SARS-Cov2 dans les EHPAD lozériens. Une consultation par l'Ordre national des infirmiers montrait que, depuis le début de la pandémie, près de 75% des IDE travaillant en établissement estimaient subir une surcharge de travail et 57% disaient ne pas disposer du temps nécessaire pour prendre en charge les patients. Cela était confirmé par différentes études qualitatives sur le sujet (40–43). L'environnement dynamique dans lequel l'intervention s'effectue, avec des équipes et des priorités changeantes, est un élément important à prendre en compte dans l'évaluation de cette dernière (33). En effet, le facteur organisationnel est ressorti significativement comme un frein important avec une cotation moyenne de 2,37 ($\pm 1,28$) contre respectivement 0,50 ($\pm 0,98$) et 0,63 ($\pm 1,00$) pour les facteurs humains et économiques (p -value $<0,0001$). Donc, les professionnels de santé ont été sans doute

moins enclins à modifier leurs comportements et habitudes de travail alors qu'ils ont été accablés par des problématiques d'organisation exceptionnelles dues à la pandémie.

Les EHPAD ont fait l'objet de mesures de protection face à la propagation de nouveaux variants du SARS-Cov2 fin 2020 telles que le renforcement des gestes barrières et la limitation de visites venant de l'extérieur (44,45). Il a donc été impossible de réaliser les entretiens personnalisés directement dans les EHPAD. Ils auraient pu permettre de réaliser une simulation de téléconsultation avec le matériel à disposition afin d'augmenter l'impact de l'intervention (46–49). En revanche, si les professionnels de santé n'expriment pas complètement leur ressenti dans un questionnaire fermé (29), la visioconférence leur a tout de même permis d'échanger librement sur leurs freins sur le terrain.

Les deux bras ont vu une augmentation importante de l'incidence des recours aux téléconsultations entre l'année 2020 et les 3 mois de 2021 pris en compte dans l'analyse. Il se pourrait qu'il y ait eu un biais de contamination important entre les bras. Il a par exemple été retrouvé qu'un médecin généraliste libéral intervenant dans un EHPAD du bras intervention a dit intervenir également dans trois EHPAD du bras contrôle. Les auteurs ont pris en compte ce risque autant que possible dans la construction de l'étude, notamment avec la randomisation en grappe recommandée par la HAS pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques dans des établissements tels que les EHPAD (50).

Comme dit précédemment dans *Matériel et méthodes*, l'étude a suivi les critères WIDER pour les interventions non-médicamenteuses visant à une modification de comportement (21,22). Seuls certains des sous-critères du contrôle ne peuvent pas être cochés sur la checklist (*Annexe 1*). Le contrôle actif consiste à réaliser, dans le bras contrôle, l'intervention de référence concernant la problématique étudiée. Cela permet d'éviter de conclure à tort à une supériorité alors que le bras contrôle reçoit en réalité une intervention de moins bonne qualité que cette intervention de référence. Cette notion n'était donc pas adaptée à notre étude car, à la connaissance des auteurs, il n'existait pas d'intervention de référence. Le respect des critères WIDER permet d'assurer à cette étude la qualité et la répliquabilité de sa méthodologie.

Vu les faibles incidences de recours au réseau, il faut garder en tête que nous étions soumis à un effet de fluctuation d'échantillonnage important. Pour illustrer cela, un seul recours en plus par un EHPAD du bras intervention aurait suffi à atteindre la significativité. Il aurait pu être inclus des EHPAD ruraux de départements voisins pour augmenter la puissance de l'étude mais les

auteurs ont préféré l'exhaustivité et donc se concentrer sur un territoire de santé, qui en France sont départementalisés, en incluant l'intégralité des EHPAD de Lozère.

Le questionnaire a été complété par 44% des personnes interrogées. Il n'existe pas de consensus sur un taux minimal de réponse mais 60% est traditionnellement considéré comme nécessaire pour extrapoler les résultats du questionnaire (51,52). Seuls 17,8% des médecins généralistes libéraux l'ont complété, donc ce chiffre passait à 57% si l'on regarde uniquement les professionnels présents aux visioconférences, c'est-à-dire les IDE et médecins coordonnateurs. Il est connu que les médecins généralistes participent peu aux questionnaires (53,54). Mais comme la méthodologie le prévoyait, ils n'ont eu qu'environ 15 jours pour y répondre avant que les visio-conférences ne débutent. Les auteurs ont préféré ce court délai pour conserver la dynamique du sujet dans l'esprit des participants.

Comme signalé dans la partie *Résultats*, le questionnaire n'a pas été envoyé à deux médecins généralistes libéraux car leurs noms n'avaient pas été donnés par l'EHPAD avant la visio-conférence. En revanche, ils n'étaient médecins traitants que de peu de patients dans l'EHPAD du bras intervention concerné donc l'impact paraît limité tant sur le résultat principal que secondaire.

Pour la cotation des freins, plus il y a de modalités plus l'évaluation est précise mais moins la question est pratique pour la personne interrogée. Les recommandations concernant l'échelle de Likert suggéraient un nombre de modalités supérieurs ou égal à 5 (55,56). Pour limiter le risque de perte d'information en alourdissant le questionnaire, les auteurs ont préféré 5 modalités.

Une autre limite concerne le critère de jugement secondaire pour lequel les multiples analyses univariées réalisées provoquent une inflation du risque alpha, c'est-à-dire qu'à chaque ajout d'analyse nous augmentons le risque de conclure à tort sur la significativité d'une différence observée. En revanche, il s'agissait uniquement du critère de jugement secondaire et, une fois cette limite prise en compte, ces analyses ont tout de même permis de dégager certaines tendances. Notre étude a ainsi clairement fait ressortir les freins organisationnels comme principales barrières au recours au réseau Cicat-Occitanie pour les professionnels de santé des EHPAD lozériens.

Ouverture

La création d'un référent départemental du réseau pourrait être une piste de développement mais, en plus de se heurter à la problématique du budget, elle ne permettrait pas de toucher l'organisation même des structures dont les directions sont les garantes.

Les DAC, dont le déploiement complet est censé être effectif d'ici juillet 2022, auront pour rôle d'unifier à l'échelle départementale les dispositifs qui peuvent venir en appui des parcours de santé (57,58). Le réseau Cicat-Occitanie s'impose comme l'interlocuteur pour la coordination de parcours de soins des patients porteurs de plaies complexes. Dans le contexte actuel de déploiement du réseau en Occitanie dans des départements comparables à la Lozère, il serait donc intéressant d'évaluer si ces DAC seront un levier puissant pour continuer à l'ancrer tant auprès des professionnels de santé qu'auprès des directions des EHPAD.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004) [Internet]. CNAMTS; 2014 [cité 28 avr 2021] p. 212. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-14_assurance-maladie.pdf
2. Meaume S, Kerihuel J c., Fromantin I, Téot L. Workload and prevalence of open wounds in the community: French Vulnus initiative. *J Wound Care*. 1 févr 2012;21(2):62-73.
3. Mervis JS, Phillips TJ. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *J Am Acad Dermatol*. oct 2019;81(4):881-90.
4. Dudley-Martin F, Wyndham-White C, Baudoin F, Depeyre J. P290: Étude des obstacles à la cicatrisation chez la personne âgée en consultation ambulatoire. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2014;28:S222.
5. Murphree RW. Impairments in Skin Integrity. *Nurs Clin North Am*. 1 sept 2017;52(3):405-17.
6. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/587_1-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/
7. Le Goff-Pronost M, Mourgeon B, Blanchère J-P, Teot L, Benateau H, Domp Martin A. Real-world clinical evaluation and costs of telemedicine for chronic wound management. *Int J Technol Assess Health Care*. janv 2018;34(6):567-75.
8. Perrier-Bonnet S. [A telemedicine consultation in the framework of a wound and wound healing network]. *Rev Infirm*. sept 2016;223:35-7.
9. Plaies Et Cicatrisations | Cicat-Occitanie | Occitanie [Internet]. Cicat-Occitanie. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.cicat-occitanie.org>
10. Sood A, Granick MS, Trial C, Lano J, Palmier S, Ribal E, et al. The Role of Telemedicine in Wound Care: A Review and Analysis of a Database of 5,795 Patients from a Mobile

- Wound-healing Center in Languedoc-roussillon, France. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1 sept 2016 [cité 7 déc 2017];138(3S). Disponible sur: <https://insights-ovid-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/crossref?an=00006534-201609001-00032>
11. Granlund H, Thoden C-J, Carlson C, Harno K. Realtime teleconsultations versus face-to-face consultations in dermatology: immediate and six-month outcome. *J Telemed Telecare*. 2003;9(4):204-9.
 12. Chen L, Cheng L, Gao W, Chen D, Wang C, Ran X. Telemedicine in Chronic Wound Management: Systematic Review And Meta-Analysis. *JMIR MHealth UHealth*. 25 juin 2020;8(6):e15574.
 13. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 | Insee [Internet]. INSEE; [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
 14. Rodes V, Fontès-Rousseau C. Une qualité de vie en Occitanie contrastée selon les territoires - Insee Analyses Occitanie - 67 [Internet]. Occitanie: INSEE; 2019 janv [cité 30 avr 2021] p. 4. (INSEE ANALYSES OCCITANIE). Report No.: 67. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3690864#titre-bloc-10>
 15. Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations. Centres de Cicatrisation [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1eDlAYukwYt9mMAO54g9axHO7nTO1605q>
 16. Dupeyrat J-S. Télémédecine en médecine générale rurale: étude quantitative et enquête d'opinion à partir d'un projet de télémédecine dans les Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2010.
 17. Lombardo F. La télémédecine en médecine générale: évaluation du point de vue et du ressenti des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
 18. Liberge G. Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l'intérêt d'un outil de télémédecine dans cette prise en charge [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.

19. Vasquez C. Evaluation d'un chariot de télémédecine en maison de retraite: analyse d'une expérience permettant de mettre en contact par télématique l'infirmier au chevet de son patient avec un médecin [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2007.
20. Kauffmann Aldis M. Actualité et perspectives de la télémédecine en médecine générale dans les territoires du Gard et de la Lozère [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
21. Albrecht L, Archibald M, Arseneau D, Scott SD. Development of a checklist to assess the quality of reporting of knowledge translation interventions using the Workgroup for Intervention Development and Evaluation Research (WIDER) recommendations. *Implement Sci IS*. 16 mai 2013;8:52.
22. Scott SD, Albrecht L, O'Leary K, Ball GD, Hartling L, Hofmeyer A, et al. Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implement Sci*. 25 juill 2012;7(1):70.
23. WHO. WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. World Health Organization; 2019 p. 124. Report No.: ISBN: 978-92-4-155050-5.
24. Voogt MP, Opmeer BC, Kastelein AW, Jaspers MWM, Peute LW. Obstacles to Successful Implementation of eHealth Applications into Clinical Practice. *Stud Health Technol Inform*. 2018;247:521-5.
25. Téot L, Geri C, Lano J, Cabrol M, Linet C, Mercier G. Complex Wound Healing Outcomes for Outpatients Receiving Care via Telemedicine, Home Health, or Wound Clinic: A Randomized Controlled Trial. *Int J Low Extrem Wounds*. 18 déc 2019;1534734619894485.
26. Blom L, Laflamme L, Mölsted Alvesson H. Expectations of medical specialists about image-based teleconsultation – A qualitative study on acute burns in South Africa. Gupta V, éditeur. *PLOS ONE*. 15 mars 2018;13(3):e0194278.
27. Hop MJ, Moues CM, Bogomolova K, Nieuwenhuis MK, Oen IMM, Middelkoop E, et al. Photographic assessment of burn size and depth: reliability and validity. *J Wound Care*. mars 2014;23(3):144-5, 148-52.

28. Barrett D. Rethinking presence: a grounded theory of nurses and teleconsultation. *J Clin Nurs*. 1 oct 2017;26(19-20):3088-98.
29. Jacob C, Sanchez-Vazquez A, Ivory C. Clinicians' Role in the Adoption of an Oncology Decision Support App in Europe and Its Implications for Organizational Practices: Qualitative Case Study. *JMIR MHealth UHealth*. 3 mai 2019;7(5):e13555.
30. Zachrisson KS, Boggs KM, Hayden EM, Espinola JA, Camargo CA. Understanding Barriers to Telemedicine Implementation in Rural Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. mars 2020;75(3):392-9.
31. Walia S, Wolfe D, Keast D, Ho C, Ethans K, Worley S, et al. Facilitators and Barriers for Implementing an Internet Clinic for the Treatment of Pressure Injuries. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc*. déc 2019;25(12):1237-43.
32. Scott Kruse C, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *J Telemed Telecare*. janv 2018;24(1):4-12.
33. Etingen B, Patrianakos J, Wirth M, Hogan TP, Smith BM, Tarlov E, et al. TeleWound Practice Within the Veterans Health Administration: Protocol for a Mixed Methods Program Evaluation. *JMIR Res Protoc*. 20 juill 2020;9(7):e20139.
34. CNAM. Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 | L'Assurance Maladie [Internet]. CNAM; 2021 juill [cité 5 sept 2021] p. 262. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>
35. Kuhn Lafont A, Larfa N. Note 2021 : l'année du virage de la télémédecine en EHPAD? *Matières Grises*; 2021 janv p. 9.
36. Bondini CM, Sage S, Wilson BP, Hall MR, Wallis EAR. Modified telehealth for care of chronic wounds during the Coronavirus disease 2019 pandemic: A rapid literature review of alternative care modalities. *Int Wound J*. déc 2020;17(6):1960-7.
37. Mills EC, Savage E, Lieder J, Chiu ES. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic: Are We Ready to Go Live? *Adv Skin Wound Care*. août 2020;33(8):410-7.

38. ARCEP. Couverture du département Lozère en 4G - Données opérateurs : décembre 2020 [Internet]. Lozère: ARCEP; 2021 avr [cité 22 sept 2021] p. 3. Disponible sur: https://www.arcep.fr/fileadmin/user_upload/observatoire/couverture_mobile/2020/4eme_trimestre/48_couv4G_T42020_ARCEP.pdf
39. Kaplan B. Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: telehealth/telemedicine and covid-19. *Int J Med Inf.* nov 2020;143:104239.
40. Lucchini A, Iozzo P, Bambi S. Nursing workload in the COVID-19 era. *Intensive Crit Care Nurs.* déc 2020;61:102929.
41. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *L'Encephale.* juin 2020;46(3S):S73-80.
42. White EM, Wetle TF, Reddy A, Baier RR. Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc.* janv 2021;22(1):199-203.
43. Ordre National des Infirmiers. COVID19 : L'Ordre National des Infirmiers alerte sur la situation des 700 000 infirmiers de France alors que l'épidémie s'accélère à nouveau [Internet]. Ordre National des Infirmiers; 2020 oct [cité 22 sept 2021] p. 3. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/covid19-alerte-situation-infirmiere.html>
44. Ministère des solidarités et de la santé. Consignes relatives aux visites et aux mesures de protection dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et les USLD [Internet]. nov 1, 2020 p. 4. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid19-_ehpad_usld_-_protocole_noel.pdf
45. Ministère des solidarités et de la santé. Adaptation des mesures de protection dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et dans les USLD face à la propagation de nouvelles variantes du SARS-Cov-2 [Internet]. janv 28, 2021 p. 3. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Autonomie/Actualites-FHF-AUTONOMIE/Covid-19-Adaptation-des-mesures-de-protection-dans-les-EMS-et-USLD-face-a-la-propagation-de-nouvelles-variantes-du-SARS-Cov-2>

46. Kim J, Park J-H, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Med Educ.* 23 mai 2016;16:152.
47. Acw L. Telehealth: Can Healthcare Simulation Provide Opportunities for Collaboration? *Adv Pract Nurs [Internet].* 2016 [cité 21 sept 2021];01(02). Disponible sur: <https://www.omicsonline.org/open-access/telehealth-can-healthcare-simulation-provide-opportunities-for-collaboration-APN-1000112.php?aid=73345>
48. Scott A, Dawson RM, Mitchell S, Catledge C. Simulation-Based Interprofessional Education in a Rural Setting: The Development and Evaluation of a « Remote-In » Telehealth Scenario. *Nurs Educ Perspect.* juin 2020;41(3):187-9.
49. Mulcare M, Naik N, Greenwald P, Schullstrom K, Gogia K, Clark S, et al. Advanced Communication and Examination Skills in Telemedicine: A Structured Simulation-Based Course for Medical Students. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour.* 17 déc 2020;16:11047.
50. Durieux P, Ravaud P. HAS - Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques [Internet]. HAS; 2007 juin p. 59. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf
51. Bennett C, Khangura S, Brehaut JC, Graham ID, Moher D, Potter BK, et al. Reporting guidelines for survey research: an analysis of published guidance and reporting practices. *PLoS Med.* août 2010;8(8):e1001069.
52. Parekh AD, Bates JE, Amdur RJ. Response Rate and Nonresponse Bias in Oncology Survey Studies. *Am J Clin Oncol.* avr 2020;43(4):229-30.
53. VanGeest JB, Johnson TP, Welch VL. Methodologies for Improving Response Rates in Surveys of Physicians: A Systematic Review. *Eval Health Prof.* 1 déc 2007;30(4):303-21.
54. Legleye S, Bohet A, Razafindratsima N, Bajos N, Fecond Research Team, Moreau C. A randomized trial of survey participation in a national random sample of general practitioners and gynecologists in France. *Rev Epidemiol Sante Publique.* août 2014;62(4):249-55.

55. Carifio J, Perla R. Ten Common Misunderstandings, Misconceptions, Persistent Myths and Urban Legends about Likert Scales and Likert Response Formats and their Antidotes. *J Soc Sci.* 1 mars 2007;3.
56. Maydeu-Olivares A, Fairchild AJ, Hall AG. Goodness of Fit in Item Factor Analysis: Effect of the Number of Response Alternatives. *Struct Equ Model Multidiscip J.* 4 juill 2017;24(4):495-505.
57. Publication au Journal officiel de la republique francaise - n°68 du 20 mars 2021 [Internet]. 2021-295 mars 20, 2021 p. 2. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/journal_officiel_de_la_republique_francaise_-_no_68_du_20_mars_2021.pdf
58. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.

ANNEXES

Annexe 1 : Checklist des critères WIDER appliquée à notre étude

Recommendation #1 Detailed Description of Intervention	
Characteristics of those delivering the intervention	YES
Characteristics of the recipients	YES
Setting	YES
Mode of delivery	YES
Intensity	YES
Duration	YES
Adherence/ fidelity to delivery protocols	YES
Detailed description of the intervention	YES
Recommendation #2 Clarification of Assumed Change Process and Design Principles	
Intervention development described	YES
Change techniques employed in intervention	YES
Causal processes targetted by change techniques	YES
Recommendation #3 Access to Intervention Manuals/Protocols	
YES	
Recommendation #4 Detailed Description of Active Control Conditions	
Characteristics of those delivering the control	NO
Characteristics of the recipients	YES
Setting	NO
Mode of delivery	NO
Intensity	NO
Duration	YES
Adherence/ fidelity to delivery protocols	YES
Detailed description of the control	NO

Annexe 2 : Questionnaire à destination des professionnels de santé des EHPAD lozériens du bras intervention

Les freins à l'utilisation des téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie dans les EHPAD lozériens

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale portant sur les téléconsultations j'ai besoin que vous répondiez à quelques questions. Aucune connaissance n'est pré-requise, c'est anonyme et il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse: il me faut simplement votre ressenti. Cela ne vous prendra que de 2 à 5 minutes. Ces données seront utilisées uniquement dans le cadre de cette thèse.

*Obligatoire

À propos de vous...

1. Quel est votre rôle au sein de l'EHPAD? *

Une seule réponse possible.

- Infirmier.ère *Passer à la question 11*
- Médecin généraliste libéral *Passer à la question 5*
- Médecin généraliste libéral également coordonateur.trice d'EHPAD *Passer à la question 7*
- Médecin coordonateur.trice d'EHPAD *Passer à la question 9*

2. Quel est votre tranche d'âge? *

Une seule réponse possible.

- 20 à 30 ans
- 31 à 40 ans
- 41 à 50 ans
- 51 à 60 ans
- Plus de 60 ans

3. Avez-vous le D.U. Plaie et cicatrisation ou le D.I.U. Professionnalisation des parcours en cicatrisation? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

4. Dans que(s) EHPAD travaillez/intervenez-vous? *

Plusieurs réponses possibles.

- Nostr'Oustaou à Grandrieu
 Résidence des Vallées à Villefort
 Résidence Les Hautes Terres Les Alisiers à Fournels
 Résidence les Pins à St Alban sur Limagnole
 La Randonneraie à Rieutort de Randon
 CH Saint Jacques à Marvejols
 EHPAD de Luc à Luc
 Hubert de Flers à Le Malzieu Ville
 Jean Baptiste Ray à Marvejols
 Joseph Caupert à Le Bleymard
 La Maison des Aires à Chanac
 Le Chapeauroux à Auroux
 Le Réjal à Ispagnac
 Léon Picy à Recoules d'Aubrac
 Saint-Martin à La Canourgue et au Masegros
 Vialas à Vialas
 Villa Saint-Jean à Chirac
 Theophile Roussel - CH Florac à Florac
 CH Fanny Ramadier à St Chely d'Apcher
 Chaldecoste - CH Mende à Mende
 CH La Tuilerie à Langogne
 André Aldebert à Nasbinals
 L'Adoration à Mende
 La Colagne à Marvejols
 La Ginestado à Aumont-Aubrac
 La Margeride à Chateauneuf de Randon
 La Soleillade à Le Collet de Deze
 Les Trois Sources à Meyrueis

Médecin généraliste libéral

5. Connaissez vous le réseau Cicat-Occitanie? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 6*
- Non *Passer à la section 5 (Le réseau Cicat-Occitanie).*

Médecin généraliste libéral

6. Avez vous déjà fait appel au réseau Cicat-Occitanie pour une téléconsultation pour l'un.e de vos patient.e.s en EHPAD? *

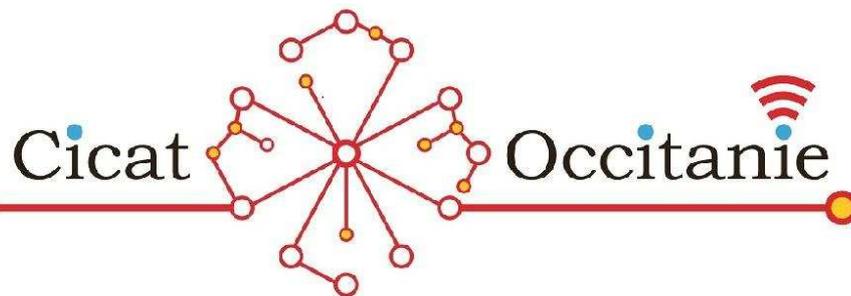
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Passer à la question 13

Le réseau Cicat- Occitanie

Créé en 1999, le réseau Cicat-Occitanie est une association loi 1901 qui réunit des "expert.e.s" en plaies et cicatrisation libéraux et hospitaliers. C'est un réseau d'aide aux soignant.e.s dans la prise en charge et la coordination du parcours du patient porteur de plaie. Il propose notamment des téléconsultations pour des patient.e.s avec des plaies considérées comme complexes par les soignant.e.s qui les prennent en charge. Ces téléconsultations se font après prise d'un rendez-vous auprès de la plateforme et sont réalisées via l'application Domoplaie qui permet un échange audio et vidéo en direct. Les soignant.e.s de proximité restent au cœur de la prise en charge.



Passer à la question 13

Médecin généraliste libéral également coordonateur.trice d'EHPAD

7. Connaissez vous le réseau Cicat-Occitanie? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 8*
- Non *Passer à la section 8 (Le réseau Cicat-Occitanie).*

Médecin généraliste libéral également coordonateur.trice d'EHPAD

8. Avez vous déjà fait appel au réseau Cicat-Occitanie pour une téléconsultation pour l'un.e de vos patient.e.s ou résident.e.s en EHPAD? *

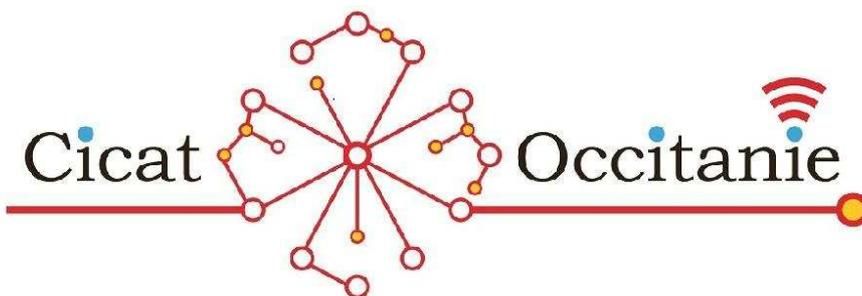
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Passer à la question 13

Le réseau
Cicat-
Occitanie

Créé en 1999, le réseau Cicat-Occitanie est une association loi 1901 qui réunit des "expert.e.s" en plaies et cicatrisation libéraux et hospitaliers. C'est un réseau d'aide aux soignant.e.s dans la prise en charge et la coordination du parcours du patient porteur de plaie. Il propose notamment des téléconsultations pour des patient.e.s avec des plaies considérées comme complexes par les soignant.e.s qui les prennent en charge. Ces téléconsultations se font après prise d'un rendez-vous auprès de la plateforme et sont réalisées via l'application Domoplaie qui permet un échange audio et vidéo en direct. Les soignant.e.s de proximité restent au cœur de la prise en charge.



Passer à la question 13

Médecin coordonateur.trice d'EHPAD

9. Connaissez vous le réseau Cicat-Occitanie? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 10*
- Non *Passer à la section 11 (Le réseau Cicat-Occitanie).*

Médecin coordonateur.trice d'EHPAD

10. Avez vous déjà fait appel au réseau Cicat-Occitanie pour une téléconsultation pour l'un.e de vos résident.e.s en EHPAD? *

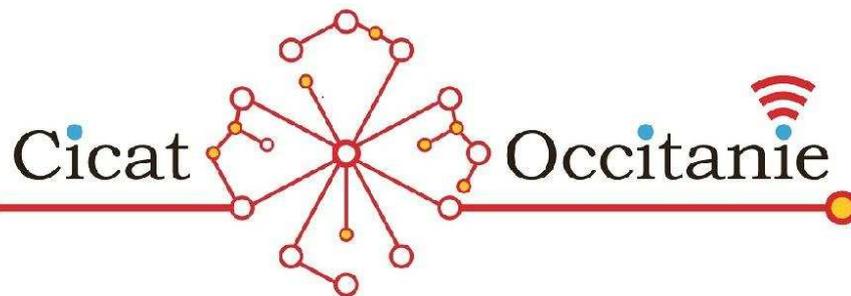
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Passer à la question 13

Le réseau
Cicat-
Occitanie

Créé en 1999, le réseau Cicat-Occitanie est une association loi 1901 qui réunit des "expert.e.s" en plaies et cicatrisation libéraux et hospitaliers.
C'est un réseau d'aide aux soignant.e.s dans la prise en charge et la coordination du parcours du patient porteur de plaie.
Il propose notamment des téléconsultations pour des patient.e.s avec des plaies considérées comme complexes par les soignant.e.s qui les prennent en charge. Ces téléconsultations se font après prise d'un rendez-vous auprès de la plateforme et sont réalisées via l'application Domoplaie qui permet un échange audio et vidéo en direct.
Les soignant.e.s de proximité restent au cœur de la prise en charge.



Passer à la question 13

Infirmier.ère

11. Connaissez vous le réseau Cicat-Occitanie? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 12*
- Non *Passer à la section 14 (Le réseau Cicat-Occitanie).*

Infirmier.ère

12. Avez vous déjà fait appel au réseau Cicat-Occitanie pour une téléconsultation pour l'un.e de vos résident.e.s en EHPAD? *

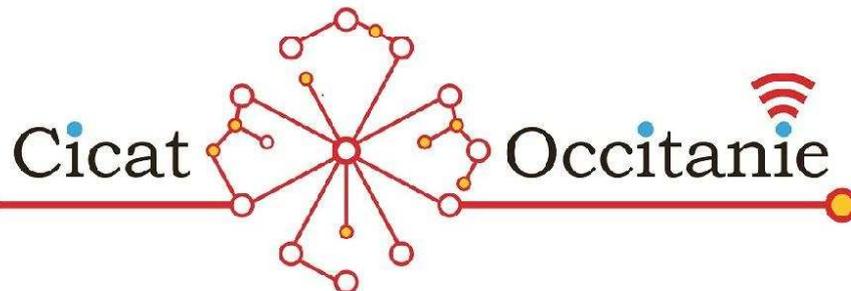
Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Passer à la question 13

Le réseau Cicat- Occitanie

Créé en 1999, le réseau Cicat-Occitanie est une association loi 1901 qui réunit des "expert.e.s" en plaies et cicatrisation libéraux et hospitaliers.
C'est un réseau d'aide aux soignant.e.s dans la prise en charge et la coordination du parcours du patient porteur de plaie.
Il propose notamment des téléconsultations pour des patient.e.s avec des plaies considérées comme complexes par les soignant.e.s qui les prennent en charge. Ces téléconsultations se font après prise d'un rendez-vous auprès de la plateforme et sont réalisées via l'application Domoplaie qui permet un échange audio et vidéo en direct.
Les soignant.e.s de proximité restent au cœur de la prise en charge.



Passer à la question 13

Des freins à l'utilisation des téléconsultations?

Facteurs généraux

13. Cotez entre 0 et 4 ce qui vous freine dans l'utilisation des téléconsultations pour plaies complexes du réseau Cicat-Occitanie (0 = pas du tout à 4= beaucoup) *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4
Le facteur humain (éthique, manque d'intérêt, secret médical, craintes technologie...)	<input type="radio"/>				
Le facteur organisationnel (manque de temps, prise de rdv, fonctionnement du réseau, problématiques matérielles, ...)	<input type="radio"/>				
Le facteur économique (cotation, investissement, ...)	<input type="radio"/>				

Freins à l'utilisation des téléconsultations?

Cotez entre 0 et 4 ce qui vous freine dans l'utilisation des téléconsultations pour plaies complexes du réseau Cicat-Occitanie (0 = pas du tout à 4= beaucoup)

14. Freins humains - Ethique *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4
Crainte d'une médecine virtuelle	<input type="radio"/>				
Défaut d'intégration dans le dossier médical	<input type="radio"/>				
Perte du respect du secret médical (transmission des données)	<input type="radio"/>				
Perte relation patient-médecin	<input type="radio"/>				
Crainte pour la responsabilité médicale	<input type="radio"/>				
Manque d'intérêt	<input type="radio"/>				
Perte d'autonomie dans la prise en charge	<input type="radio"/>				
Méfiance des plateformes de télémedecine	<input type="radio"/>				
Crainte d'une perte de chance	<input type="radio"/>				

Freins à l'utilisation des téléconsultations?

Cotez entre 0 et 4 ce qui vous freine dans l'utilisation des téléconsultations pour plaies complexes du réseau Cicat-Occitanie (0 = pas du tout à 4= beaucoup)

15. Freins organisationnels - Avant la téléconsultation *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4
Cadre légal flou	<input type="radio"/>				
Manque de temps	<input type="radio"/>				
Prise de rendez-vous compliquée	<input type="radio"/>				
Remise en question de l'organisation actuelle	<input type="radio"/>				
Manque de formation spécifique	<input type="radio"/>				
Pas de tablette dédiée dans l'établissement	<input type="radio"/>				
Téléphone portable interdit pour les agents	<input type="radio"/>				

16. Freins organisationnels - Pendant la téléconsultation *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4
Chronophage	<input type="radio"/>				
Patient peu compliant	<input type="radio"/>				
Procédure compliquée	<input type="radio"/>				
Pas de connexion/Mauvaise connexion WIFI/4G dans l'EHPAD	<input type="radio"/>				
Difficultés d'utilisation de l'outils numérique	<input type="radio"/>				
Mauvaise ergonomie de l'application	<input type="radio"/>				
Craintes pour les prescriptions médicales	<input type="radio"/>				

**Freins à l'utilisation
des
téléconsultations?**

Cotez entre 0 et 4 ce qui vous freine dans l'utilisation des téléconsultations pour plaies complexes du réseau Cicat-Occitanie (0 = pas du tout à 4= beaucoup)

17. Freins économiques *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4
Difficultés de financement du matériel	<input type="radio"/>				
Défaut d'investissement des instances publiques (ARS, Département, CH, ...)	<input type="radio"/>				
Méfiance sur le mode de rémunération	<input type="radio"/>				
Craintes des mutuelles et assurances	<input type="radio"/>				

18. Afin de pouvoir vous contacter si besoin dans le cadre de ma thèse, ou bien si vous voulez que je vous en envoie les principaux résultats, vous pouvez laisser votre adresse mail.

Annexe 3 : Courriel post-visioconférence avec ses pièces-jointes

Bonjour,

Tout d'abord merci d'avoir pris le temps pour vous intéresser à mon travail de thèse et aux téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie.

Je vous envoie les diverses informations complémentaires à ce propos :

- La présentation du réseau Cicat-Occitanie et des téléconsultations qu'il propose, par deux documents en pièces jointes

- Les réponses aux freins potentiels à l'utilisation des téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie, par un document en pièce-jointe qui reprend ce que j'ai proposé lors des visioconférences

- Les liens pour les vidéos du réseau Cicat-Occitanie qui expliquent son fonctionnement avec notamment l'exemple d'une téléconsultation dans la deuxième :

 - > <https://www.youtube.com/watch?v=uK0Osjpfzyc>

 - > <https://www.youtube.com/watch?v=5vRTAjM0GHk>

- Formation : Depuis Juin 2020 le réseau Cicat-Occitanie propose des webinaires mensuels gratuits en s'inscrivant sur :

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfzqQg5YgBRHHP1UdVYBy9aQ1LYMQJ9CKT DNUQJLC kmCVEng/viewform>

La prochain portera sur les pieds diabétiques et les ulcères de jambes le jeudi 11 février 2021 de 14h à 16h. Vous pouvez également visionner les anciens webinaires sur le site du réseau Cicat-Occitanie : <http://www.cicat-occitanie.org/post/les-webinaires-de-cica-sud>

- La convention ainsi que le bulletin d'adhésion à l'expérimentation que le réseau Cicat-Occitanie envoie aux EHPAD pour toute prise en charge (consentements, lettre d'info, charte de télémédecine et prescriptions sont en annexe de la convention).

Encore un grand merci pour votre implication et n'hésitez pas à faire appel au réseau Cicat-Occitanie: 04 67 33 22 22 ou contact@cicat-occitanie.org

Cordialement,

Bastien PAUL

5 Pièces-jointes :

Vous prenez en charge des patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes ?

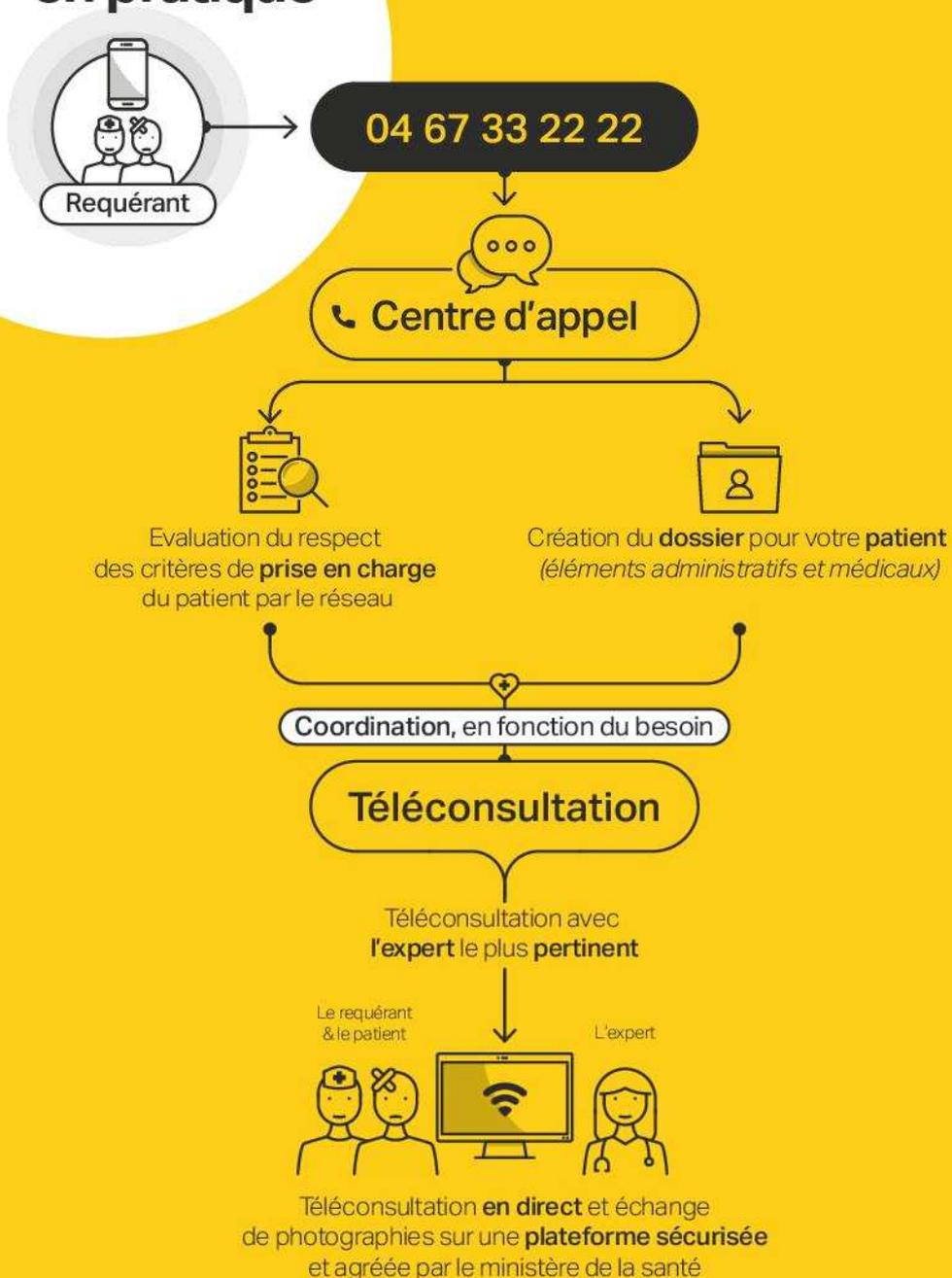
**Le réseau Cicat-Occitanie est
là pour vous accompagner
durant tout l'épisode de soins
jusqu'à stabilisation ou
cicatrisation de la plaie**

DOMOPLAIES
Service régional de prise en charge des plaies en Occitanie

Réseau d'expertise et de coordination en plaies
et cicatrisations au service des soignants,
à domicile ou en établissement

04 67 33 22 22

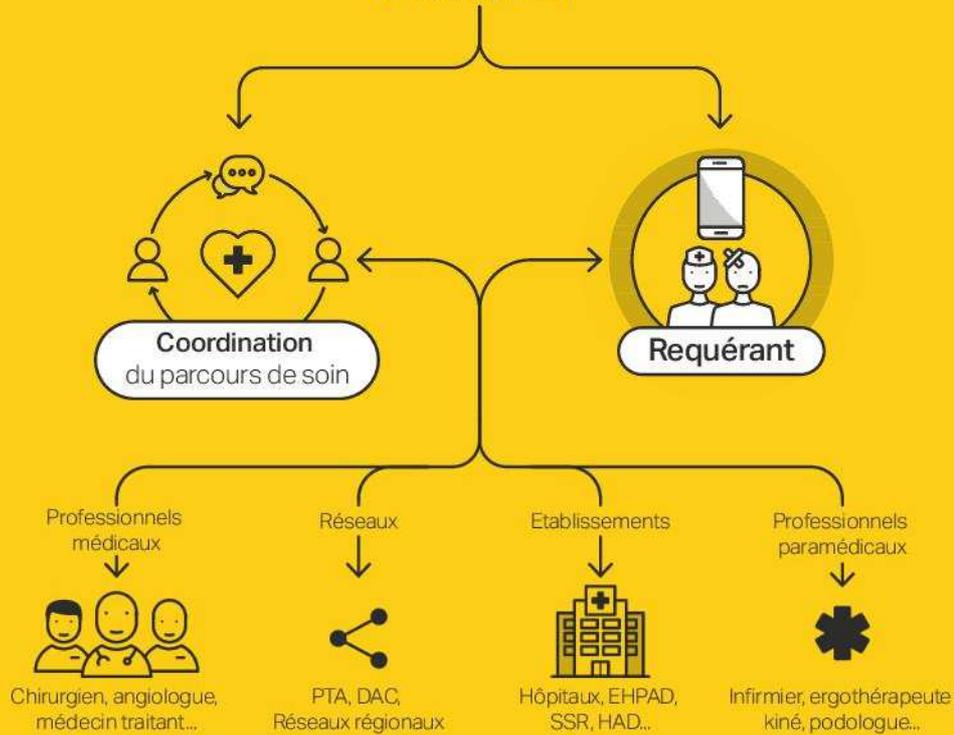
La prise en charge par le réseau en pratique



Après téléconsultation



Envoi d'une **proposition** de plan de soin
dans les **24-48h**



Les plus du réseau

- Soutien aux équipes de premier recours
- Maintien du patient à domicile
- Accès à l'expertise par téléconsultation dans les 48h
- Appui à la coordination du parcours
- Téléassistance aux gestes techniques durant les téléconsultations

Équipe du réseau



Secrétariat médical

Il recueille les éléments administratifs nécessaires à la prise en charge des patients, fournit les informations essentielles à la connexion sécurisée et organise les rendez-vous en **téléconsultation** avec un expert médical ou infirmier en plaies et cicatrisation.



Coordination médicale et infirmière

Ils recueillent les éléments médicaux nécessaires à la prise en charge des patients et assurent un **appui à la coordination** afin de **fluidifier** son parcours de soins.



Coordination infirmière de télémédecine

Il **accompagne** techniquement les usages informatiques des experts et des requérants.



Direction administrative et médicale

Composée d'un directeur médical, d'un chef de projet et d'un secrétariat administratif et comptable.



Pool de médecins et infirmiers experts en plaies et cicatrisations

Répartis géographiquement sur l'ensemble de la région Occitanie.

Contact

Accueil téléphonique du lundi au vendredi de 8h30 à 17h pour les **professionnels de santé uniquement**.

04 67 33 22 22

contact@cicat-occitanie.org

www.cicat-occitanie.org



Hôpital La Colomnière - pavillon 41

39 avenue Charles Flahault

34295 Montpellier cedex 5



Réponses aux freins potentiels à l'utilisation des téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie

Bastien PAUL – Thèse de Médecine générale – Université de Montpellier

Freins humains

Crainte d'une médecine virtuelle

- La téléconsultation utilise l'outil informatique mais il s'agit d'une consultation médicale réel qui débouche sur un compte rendu avec un avis diagnostique, thérapeutique et de suivi
- Il faut obligatoirement un soignant avec le patient (IDE, médecin traitant, médecin coordonnateur) donc au contraire cette téléconsultation est très ancrée dans la réalité du terrain
- Comme une consultation présentielle elle peut finalement entraîner un transfert en hospitalisation

Défaut d'intégration dans le dossier médical

- Un compte-rendu est envoyé systématiquement par mail ou fax au décours de la téléconsultation
- Un professionnel de santé est avec le patient donc il y a au contraire moins de perte d'informations comparé à une consultation présentielle

Perte du respect du secret médical (transmission des données)

- Plateforme DOMOPLAIES sécurisée avec accès sécurisé. Agréée par l'ASIP, agence gouvernementale chargée notamment d'évaluer la sécurité de ces plateformes.
- Transmission sécurisée avec code pour les photos. Cela garantit l'identitovigilance avec l'impossibilité de les mettre dans le dossier d'un autre patient
- Pour le moment seul le compte rendu de la consultation est potentiellement envoyé sur un mail non sécurisé si vous n'en possédez pas déjà un

Perte relation patient-médecin

- Rôle d'aide aux soignants donc cela s'appuie justement sur le lien existant entre vous et le patient.
- Au contraire avec des téléconsultations qui sont généralement plus rapprochées le lien est plus important.
- Cette perte dans la relation n'est d'ailleurs pas incompatible avec la consultation en présentielle, le principale étant d'avoir en tête ce risque et ainsi modifier son comportement afin de le limiter.
- Patient rassuré de voir la collégialité, l'interdisciplinarité : clairement mis en évidence pour IDE: avec 4 rôles qui renforcent la relation: Opérationnel, clinique, thérapeutique et social (voir

notamment : Barrett D. Rethinking presence: a grounded theory of nurses and teleconsultation. Journal of Clinical Nursing. 1 oct 2017;26(19-20):3088-98.)

Crainte pour la responsabilité médicale

→ La responsabilité médicale est la même que pour une consultation en présentiel et dépend du rôle propre de chacun.

→ Il s'agit d'un avis : le soignant de proximité reste au cœur de la prise en charge.

Manque d'intérêt

→ Tant mieux si cela signifie qu'aucune prise en charge de patient porteur de plaie ne vous met en difficulté !

→ On note tout de même une diminution des transports intéressante chez des patients âgés et fragiles porteurs de plaies chroniques tout en conservant la même qualité de prise en charge.

→ La téléconsultation a aussi pour conséquence de se former lors de cas pratique grâce aux échanges avec l'expert. Il y a aussi un rôle pédagogique dans cet échange, n'hésitez pas à poser des questions !

→ Garder dans un coin de sa tête que le réseau existe en cas de besoin.

Perte d'autonomie dans la prise en charge

→ Il s'agit d'un réseau d'AIDE aux soignants : avec et pour les soignants, pas à leur place

→ Décision ensemble du protocole local et du meilleur parcours patient, adaptés aux ressources disponibles et au projet de votre patient.

→ La prise de rdv externe se fait par les soignants de proximité mais l'expert et la plateforme de coordination peuvent aider à l'orientation car il a une connaissance des professionnels du territoire concernant la prise en charge de plaies. Cet appui à la coordination peut d'ailleurs être réalisé en dehors des temps de téléconsultations.

Méfiance des plateformes de télémédecine

→ Le réseau Cicat-Occitanie est indépendant des mutuelles ou autre organisme privé qui développent des plateformes de télémédecine

→ Financement direct par l'ARS et l'Assurance maladie

→ Il faut savoir distinguer télémédecine et e-santé

Crainte d'une perte de chance

2 études réalisées par Cicat-LR:

>>Sood A, Granick MS, Trial C, Lano J, Palmier S, Ribal E, et Teot L : Septembre 2016:

Entre janvier 2005 et Octobre 2015: 9208 plaies chez 5,795 patients:

→ 75% d'amélioration ou guérison, une réduction du nombre d'hospitalisation estimé à 72% et une réduction de 56% des transferts dans les centres experts en cicatrisation.

>>Téot L, Geri C, Lano J, Cabrol M, Linet C, Mercier G. : Décembre 2019:

Entre octobre 2014 et 2015: 183 patients. 1 groupe télémédecine et 1 groupe classique

→ Pas de différence significative sur la durée et le taux de cicatrisation à 6 mois entre les groupes.

→ Qualité de soins, taux de complications et taux de mortalité similaires entre les groupes

Ces résultats sont confirmés par un réseau comparable : TELAP (Le Goff-Pronost M, Mourgeon B, Blanchère J-P, Teot L, Benateau H, Domp martin A. REAL-WORLD CLINICAL EVALUATION AND COSTS OF TELEMEDICINE FOR CHRONIC WOUND MANAGEMENT. Int J Technol Assess Health Care. janv 2018;34(6):567-75.)

Freins organisationnels

AVANT LA TELECONSULTATION

Cadre légal flou

- Autorisation renouvelée par l'ARS en Aout 2019 pour 55 mois (arrêté 2019-2390)
- Depuis Septembre 2020 tous les patients inclus bénéficient d'un financement au parcours par l'assurance maladie via l'expérimentation « Article 51 » du PLFSS de 2018. Le réseau reçoit une enveloppe globale pour l'ensemble de la prise en charge du patient, et l'EHPAD reçoit un forfait de 15 euros par téléconsultation (directement par l'AM si convention signée avec le réseau)
- Autorisation des IDE expert.e.s via le protocole de coopération prévu par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009

Manque de temps

- Dure en moyenne de 10 min pour la prise de rendez-vous et l'obtention des identifiants
- Installation et prise en main rapide de l'application
- À mettre en perspective avec le temps gagné par la diminution de la durée de cicatrisation
- Temps comparable pour une consultation classique en présentiel : appel du secrétariat pour la prise de rendez-vous, appel du transporteur, appel de la famille si nécessaire, ...

Prise de rendez-vous compliquée

- Organisation prévue pour accompagner le requérant : Déjà 27000 téléconsultations depuis 2013 !
- Durée d'un appel en moyenne 10 min

Remise en question de l'organisation actuelle

- OUI mais remise en question qui est toujours intéressante avec une mise en avant des soignants qui sont au plus près du patient
- Prend environ 10 min pour la préparation du premier rendez-vous donc équivalent au présentiel : surtout qu'une partie de la préparation à la téléconsultation peut être réalisé par le ou la secrétaire.

Manque de formation spécifique

- Pas nécessaire et visio-conférence de ce jour est là aussi pour les futurs besoins
- L'application Domoplaie Visio Occitanie est un outil simple
- Les secrétaires et les expert.e.s sont habitué.e.s à guider les requérants : 27000 téléconsultation depuis 2013

Pas de tablette dédiée dans l'établissement

- Possible avec simple smartphone
- Aide à l'équipement de l'ARS et/ou du département, particulièrement en 2021

Téléphone portable interdit pour les agents

→ La théorie : pas d'interdiction stricte possible dans la loi / La pratique : interdiction dans le règlement intérieur

→ La pratique dans certains EHPAD qui veulent réaliser des téléconsultations mais qui n'ont pas de tablette ou de smartphone de service : restrictions en fonction des situations donc une discussion est à avoir avec la direction pour établir un cadre : un seul agent référent pour les téléconsultations avec son téléphone identifié, qui peut être utilisé seulement pour cela.

→ Toujours garder en tête et mettre en avant l'intérêt du résident. Cela va dans le sens de favoriser l'accès aux téléconsultations

→ Faire les démarches auprès de l'ARS ou du département pour obtenir le financement d'une tablette ou d'un smartphone de service.

Code du travail - Article L1121-1 : « Nul ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives de restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché. »

PENDANT LA TELECONSULTATION

Chronophage

→ Créneaux de 30 min pour l'expert (la première fois 1 heure) tout compris : connexion, téléconsultation et compte rendu : donc environ 15-20 minutes de téléconsultation pour vous avec l'expert. Peut être plus long en cas de téléassistance mais vous réalisez bien sûr la réflexion en même temps.

→ A mettre en rapport avec le temps pour organiser une consultation en présentielle et le transport associé

→ C'est finalement du temps gagné sur la diminution de la durée de cicatrisation. Mais également sur l'élaboration du projet de soin avec un compte-rendu auquel tous les intervenants ont accès.

Patient peu compliant

→ Si absence de consentement du patient ou de la personne de confiance la téléconsultation ne se fera pas

→ Se déroule généralement très bien : généralement mieux que pour des consultations classiques où le transport peut aller jusqu'à entraîner un syndrome confusionnel avec désorientation temporo-spatiale

Procédure compliquée

→ J'espère que cette présentation permettra justement de montrer qu'elle est simple et que vous serez de toute façon accompagné par les secrétaires et expert.es.

Pas de connexion/Mauvaise connexion WIFI/4G dans l'EHPAD

→ Possible de réaliser la téléconsultation en mode déconnecté : appel téléphonique classique avec envoi de photos possible via l'application.

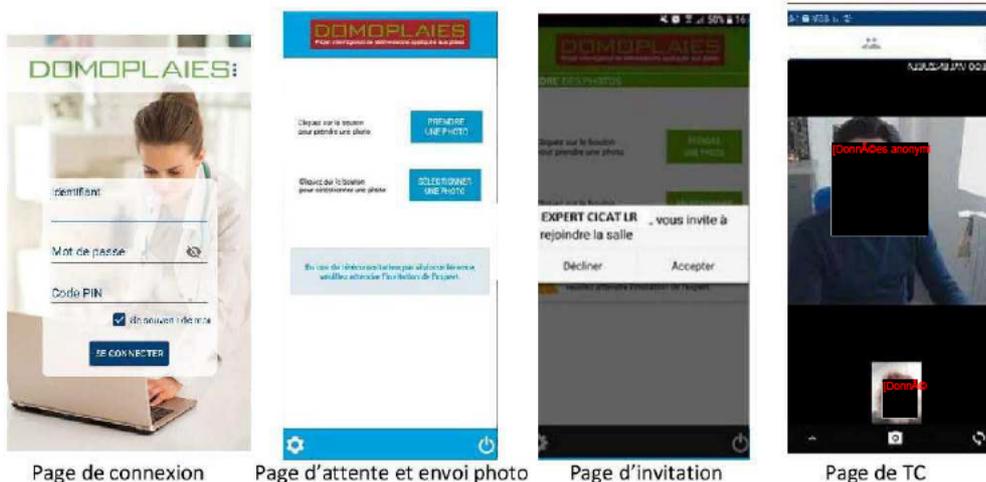
→ On trouve toujours des solutions ! Mais échange direct avec le soignant toujours nécessaire avec un appel prévu comme une consultation.

Difficultés d'utilisation de l'outils numérique

- L'application Domoplaie Visio Occitanie est simple. Elle est pensée pour être également utilisée par des personnes ayant difficultés avec l'outils numérique.
- Possibilité (et même conseillé !) d'essayer de se connecter bien avant la téléconsultation, si besoin avec l'aide d'un.e confrère/consœur
- Également l'intérêt d'identifier un ou une référente téléconsultation qui connaît l'outils et peut aider.

Mauvaise ergonomie de l'application

- Seulement 4 pages possibles :
 - Page de connexion
 - Page d'attente
 - Page d'invitation à rejoindre la salle virtuelle de consultation
 - Page de téléconsultation
- Pour le reste l'expert en ligne vous expliquera les éventuelles démarches (envoi de photos par exemple)



Craintes pour les prescriptions médicales

- Le médecin traitant reste le prescripteur : biologie, examen complémentaire, supports, bandes, etc.
- IDE : le choix du pansement est possible, sauf quand le dispositif est considéré comme médicament (ex : Flammacerium..)
- Concernant le compte rendu envoyé à l'issu de la téléconsultation : le conseil du pansement nécessaire est dit par générique mais il y a possibilité de guider sur les produits disponibles et les remboursements.

Freins économiques

Difficultés de financement du matériel

→ Aide au financement pour le développement de la télémédecine par l'ARS Occitanie, particulièrement en 2021 pour la Lozère

Défaut d'investissement des instances publiques (ARS, Département, CH, ...)

→ Au contraire financement spécial de l'ARS et maintenant dans la LFSS pour l'Assurance Maladie en ce qui concerne la téléconsultation dans le cadre de la coordination du parcours

→ Financement possible du matériel par l'ARS Occitanie, particulièrement en 2021 pour la Lozère (Voir document : Garantir l'accès aux soins – ARS – Septembre 2019)

Méfiance sur le mode de rémunération

→ Rémunération de 15euros par téléconsultation pour l'EHPAD requérant (si la convention entre l'EHPAD et le réseau est signée), le médecin traitant s'il est présent cote pour une consultation classique à 25euros. Ces rémunérations viennent de l'assurance maladie.

→ Depuis Septembre 2020 tous les patients inclus bénéficient d'un financement au parcours par l'assurance maladie via l'expérimentation « Article 51 » du PLFSS de 2018. Le réseau reçoit une enveloppe globale pour l'ensemble de la prise en charge du patient.

Craintes des mutuelles et assurances

→ Le réseau Cicat-Occitanie est une association à but non lucratif indépendante de toute mutuelle ou assurance

→ Elle bénéficie d'un financement par l'Agence Régionale de Santé et l'Assurance Maladie

→ Les mutuelles sont actuellement bloquées car

- Obligation de consultation présentielle dans l'année et
- Pas de financement direct par l'ARS ou l'AM

Messages à retenir

- Réseau d'aide aux soignants : Rôle de coordination du parcours de soins
- Numéro unique : 04 67 33 22 22
- Prise de rendez-vous rapide et accompagné
- Application simple et sécurisée
- Fonctionnement flexible qui s'adapte aux besoins du terrain

Téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie

Bastien PAUL – Thèse de Médecine générale – Université de Montpellier

Présentation du réseau Cicat-Occitanie

Le réseau Cicat-LR est une association à but non lucratif loi 1901 au service des soignants qui existe depuis 1999 qui est devenu Cicat-Occitanie depuis la fusion avec Midi-Pyrénées. Ce réseau est encadré et soutenu par l'ARS Occitanie et l'Assurance Maladie.

Cette association a pour rôles l'accompagnement, la formation, la coordination de parcours de soins et d'aide à la décision pour tous les médecins ou infirmier/infirmière d'Occitanie concernant les patients porteurs de plaies complexes.

Comme c'est une association vous pouvez d'ailleurs y adhérer et y participer.

Depuis 2013 elle utilise la télé médecine dans son fonctionnement.

Fonctionnement des téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie

Par qui ?

Tout médecin ou IDE de la région Occitanie, aussi bien en établissement qu'au domicile

Pour qui ?

Tout patient porteur de plaie

Comment ?

- Prescription du médecin traitant ou médecin coordonnateur (avec accord du médecin traitant)
- Contact avec le réseau Cicat-Occitanie

Numéro de téléphone unique

- 04 67 33 22 22
- Du lundi au vendredi de 9h à 17h
- Ou par mail pour être rappelé : contact@cicat-occitanie.org

Le centre d'appel

- Secrétariat dédié situé à Montpellier
- Evaluation du respect des critères de prise en charge du patient par le réseau
- Création du dossier administratif et médical du patient
- Signature de la convention par le directeur ou directrice de l'EHPAD. C'est à faire une seule fois, pour un autre patient il n'y aura pas à le refaire. Cela peut être fait à tout moment, même bien avant la première demande d'intervention du réseau.

>> Si le patient n'est pas connu : évaluation par un.e IDE coordinateur/coordinatrice avec expertise en plaies du réseau

- Recueil des informations médicales et évaluation du degré d'urgence
- Evaluation de quel expert est le plus pertinent
- Préparation de la téléconsultation avec examens complémentaires éventuels à faire avant si besoin, au plus près du lieu de vie du patient

>> Puis ou si le patient est déjà connu : Secrétariat

- Récapitule la liste des pièces à fournir (par fax ou mail) :
 - Pour le requérant : Identité, téléphone, n°ADELI et/ou RPPS, e-mail
 - Pour le patient : En résumé il s'agit globalement du DLU (dossier de liaison d'urgence), du consentement du patient (si besoin un document peut être envoyé par le réseau au patient ou à son tuteur, et sinon voir si accord de principe déjà présent dans l'EHPAD) et quelques documents complémentaires si nécessaires.
- Téléchargement de l'application gratuite pour smartphone et tablette « Domoplaies Visio Occitanie ». Attention il existe Domoplaies Visio BN et Domoplaies Visio LR. Ne fonctionne pas sur Windows phone.
- Création de vos identifiants avec réception de deux mails « IDEO-IN » de « app-esante » :
 - o Un avec l'identifiant : première lettre de votre prénom et votre nom en entier, en minuscule et attaché (exemple pour Monique Dupont : *mdupont*). (Attention vérifier le dossier spam)
 - o Un avec le mot de passe (Attention vérifier le dossier spam)
 - o A la première connexion : Choisir un code PIN à 4 chiffres qui vous est personnel. Attention à ne pas l'oublier.
- Programmation du rendez-vous de téléconsultation : attention un soignant doit pouvoir être présent. A ne pas oublier, c'est une vraie consultation.
- **Avant la téléconsultation**
 - Installer le patient en chambre, positionné pour le soin afin d'optimiser le temps d'échange
 - Se connecter avec les codes quelques minutes avant
 - Attendre l'invitation par l'expert
- **Pendant la téléconsultation**
 - Si très bonne connexion : audio et vidéo sinon procédure dégradée possible avec appel téléphonique et photos.
 - Possibilité d'envoi sécurisé de photo, via l'application, avec un code que vous fournit l'expert (pendant ou juste après la téléconsultation). Ces photos iront directement dans le dossier du patient du réseau Cicat-Occitanie, auquel l'expert pourra avoir accès également pour les futures consultations.
 - Possibilité de téléassistance pour les gestes techniques : explications données par l'expert pendant que vous réalisez la réfection du pansement.
 - Rythme de surveillance indiqué par l'expert
- **Après la téléconsultation**
 - Envoi de photos complémentaires si indiqué par l'expert avec le code fournit
 - Envoi par mail ou fax, si possible sécurisé, d'un compte-rendu qui sera envoyé en destinataire principal au médecin traitant mais également à tous les intervenants identifiés prenant part à la prise en charge : si c'était un.e médecin expert.e ce sera dans les minutes qui suivent, si c'était un.e IDE expert.e ce sera dans les 24h après validation médicale.
 - Prendre le prochain rendez-vous suivant selon le rythme indiqué par l'expert.
 - La plateforme de coordination du réseau Cicat-Occitanie est un appui pour l'organisation du parcours en fonction des besoins de l'équipe.

**CONDITIONS D'ADHESION A L'EXPERIMENTATION « ARTICLE 51 LFSS PROJET
REGIONAL DOMOPLAIES, PRISE EN CHARGE DE PROXIMITE »**



LE RESEAU « CICAT-OCCITANIE »

Association loi 1901 déclarée à la Préfecture de l'Hérault sous le n° 0343027739

Hôpital La Colombière, pavillon 41, 39 Avenue Charles Flahault, 34295 Montpellier Cedex 5

Désignée ci-après sous la dénomination « **le porteur** »

Représentée par son président,
Monsieur Luc Téot

Ci après dénommé « le porteur »

PREAMBULE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financements inédits. Et ce, des lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Ce dispositif, destiné à encourager, accompagner et accélérer le déploiement de modes de financement et d'organisations innovants, permet de déroger à de nombreuses dispositions législatives relatives aux règles de financement et d'organisation de droit commun. Il s'appuie pour tout ou partie sur la création du fonds pour l'innovation du système de santé (FISS). Ce fonds sert à financer de manière dérogatoire les activités de soins, de prévention et d'accompagnement au sein des secteurs sanitaire, social et médico-social ainsi que l'ingénierie et l'amorçage des projets.

Pour mettre en œuvre les expérimentations déterminées par les arrêtés correspondants, les porteurs doivent établir une convention de financement avec la CNAM afin de définir les modalités de financement des prestations dérogatoires prévues dans l'expérimentation.

Cette convention prévoit notamment que la CNAM est responsable du paiement des prestations dérogatoires à l'expérimentateur à partir des données fournies (données de paiement et de contrôle) par le porteur que ce dernier a obtenu des expérimentateurs.

Vu l'arrêté du 2019-2390 article 51 LFSS projet régional DOMOPLAIES, prise en charge proximité,

Vu la convention de financement entre la CNAM et Cicat-Occitanie.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de déterminer les conditions d'adhésion des expérimentateurs au projet défini dans l'arrêté du 12 juillet 2019 « 2019-2390 article 51 LFSS projet régional DOMOPLAIES, prise en charge proximité ».

ARTICLE 2 - DEFINITION ET ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

Article 2.1 : Le porteur « Cicat-Occitanie »

Le porteur est responsable de la mise en œuvre de l'expérimentation :

- Le porteur est l'interlocuteur privilégié de la CNAM et des expérimentateurs sur les sujets concernant l'application de la présente convention,
- Le porteur est responsable de l'identification et de l'information des expérimentateurs participants à l'expérimentation :
 - Il s'engage à fournir à la CNAM la liste des expérimentateurs et ses éventuelles mises à jour,
 - Il s'engage à faire adhérer les expérimentateurs via la présente convention.
- Le porteur met à disposition des expérimentateurs un SI leur permettant d'apporter les informations nécessaires à la facturation de l'expérimentation,
- Le porteur fournit à la CNAM les données nécessaires à la facturation et à l'évaluation,
- Le porteur est responsable de l'intégrité des données nécessaires à la facturation et l'évaluation.

Article 2.2 : Les expérimentateurs

Les expérimentateurs ayant adhéré à la présente convention réalisent les prestations dérogatoires telles que définies dans l'arrêté du 12 juillet 2019 « 2019-2390 article 51 LFSS projet régional DOMOPLAIES, prise en charge proximité ».

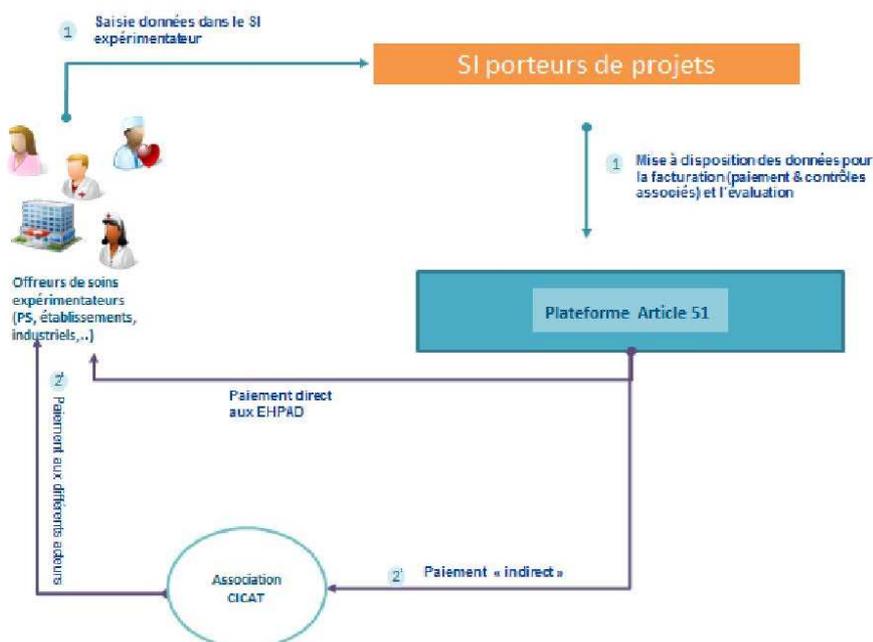
Les expérimentateurs s'engagent :

- à ne pas utiliser les chaînes de facturation de droit commun pour renseigner leurs prestations relatives à l'expérimentation pendant la durée d'application de la présente convention,
- à renseigner leur activité relative à l'expérimentation sur le SI Domoplaie selon les modalités définies à l'Article 3 de la présente convention,
- à porter à la connaissance du porteur toute difficulté rencontrée dans l'exécution des prestations dérogatoires,
- sur l'authenticité des informations fournies au SI Domoplaie.

ARTICLE 3 – SCHEMA DE FACTURATION

Schéma de facturation « CICAT Occitanie »

Scénarios éprouvés et validés lors des sessions de l'accélérateur



ARTICLE 4 - RESPONSABILITES ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les parties s'engagent à respecter, en ce qui les concerne, les dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi que celles du Règlement (UE)

2016-679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel (RGPD) et à la libre circulation de ces données.

ARTICLE 5 – EVALUATION DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE PROPOSE

Conformément au décret n° 2018-125 du 21 février 2018, les expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 font l'objet d'une évaluation systématique. A cette fin, un évaluateur est désigné par le Comité technique de l'innovation en santé.

L'évaluateur pourra collecter, auprès du porteur, des expérimentateurs ou des assurés concernés, les informations strictement nécessaires à la réalisation desdites évaluations dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée. Le porteur s'engage à en faciliter la collecte et à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour la collecte et la transmission des données dans le respect des dispositions relatives à la protection des données personnelles. Pour se faire, il devra veiller en particulier à se conformer aux procédures mises en place par la CNAM et l'Évaluateur.

ARTICLE 6 – DUREE DE LA CONVENTION

Les présentes conditions entrent en vigueur à compter de la signature de l'adhésion par l'expérimentateur

Les présentes conditions d'adhésion sont applicables pendant toute la durée de l'expérimentation à savoir jusqu'au 31 mai 2024, comme prévu par l'arrêté susvisé.

ARTICLE 7 – SORTIE DE LA CONVENTION A L'INITIATIVE DE L'EXPERIMENTATEUR

L'expérimentateur peut demander à ne plus participer à l'expérimentation en adressant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception au porteur précisant cette demande et sa motivation. La demande de sortie de l'expérimentation prendra effet 30 jours après réception de la lettre par le porteur.

Pour se voir verser son solde de tout compte, l'expérimentateur devra renseigner le SI Domoplaie des prestations dérogatoires effectuées entre le dernier dépôt et la date de sortie effective de l'expérimentation selon la procédure décrite à l'Article 3.

A compter de la date de prise d'effet de la sortie de l'expérimentation, l'expérimentateur s'engage à ne plus réaliser de prestations dérogatoires et ne plus renseigner d'activité sur le SI Domoplaie.

Les questions relatives à la sortie de l'expérimentation et ne concernant pas la facturation des prestations doivent être traitées par le porteur en accord avec l'expérimentateur. La CNAM n'est responsable que du paiement des prestations dérogatoires réalisées par les expérimentateurs.

ARTICLE 8 – SORTIE DE LA CONVENTION DE L'EXPERIMENTATEUR A L'INITIATIVE DU PORTEUR

Si l'expérimentateur ne respecte pas les engagements prévus dans l'Article 2 de la présente convention, le porteur peut décider de mettre fin à sa participation.

Dans ce cas, le porteur doit adresser à l'expérimentateur concerné une lettre recommandée avec demande d'avis de réception en précisant la raison de cette décision. La sortie de l'expérimentation prendra effet 30 jours après réception de la lettre par l'expérimentateur.

Pour se voir verser son solde de tout compte, l'expérimentateur devra renseigner le SI Domoplaie des prestations dérogatoires effectuées entre le dernier dépôt et la date de sortie effective de l'expérimentation selon la procédure décrite à l'Article 3.

A compter de la date de prise d'effet de la sortie de l'expérimentation, l'expérimentateur s'engage à ne plus réaliser de prestations dérogatoires et ne plus renseigner d'activité sur le SI Domoplaie.

Les questions relatives à la sortie de l'expérimentation et ne concernant pas la facturation des prestations doivent être traitées par le porteur en accord avec l'expérimentateur. La CNAM n'est responsable que du paiement des prestations dérogatoires réalisées par les expérimentateurs.

Dr Luc Téot

Directeur Médical de l'expérimentation Article 51 LFSS

BULLETIN D'ADHESION A L'EXPERIMENTATION

Je soussigné, Monsieur, Madame, Dr _____ agissant en qualité de représentant de _____ déclare :

- Accepter de participer à l'expérimentation « 2019-2390 article 51 LFSS projet régional DOMOPLAIES, prise en charge proximité ».
- Avoir pris connaissance de ses conditions d'adhésion décrites dans le document joint
- Me conformer auxdites conditions d'adhésion »

Date et signature



**CONVENTION DE PARTENARIAT
ENTRE LE RESEAU CICAT OCCITANIE ET LES REQUERANTS DU RESEAU**

ENTRE

**Le Réseau « Cicat-Occitanie »,
Association loi 1901 déclarée à la Préfecture de l'Hérault sous le n°0343027739
Hôpital La Colombière - pavillon 41 - 39 avenue Charles Flahault - 34295 Montpellier cedex 5
Représenté par Monsieur Luc TEOT, agissant en qualité de président
Ci-après dénommé « Cicat-Occitanie »**

ET

Nom de l'établissement :

Représenté par M., Mme, Dr. _____,

Agissant en qualité de _____.

ou

Docteur _____

et

Mme, M. :

Infirmier(e)

Ci-après dénommé « Le requérant »

Il est convenu ce qui suit :

Visa et préambule

Visa

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés.

Vu l'article L. 1110-4 du code de la santé publique issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Vu l'article L. 6316-1 CSP issu de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires modifié par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 53 et art. 54.

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Vu la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Vu le décret n° 2010-1223 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine en particulier les articles R6316-1 à R6316-11 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine.

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

Vu l'arrêté n° 2019-2390 article 51 LFSS 2018 relatif au projet régional DOMOPLAIES d'expertise, d'appui et de coordination pour optimiser l'orientation et faciliter la prise en charge de proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes

Vu l'avis du Conseil Régional de l'Ordre des Infirmiers du Languedoc Roussillon du 08 novembre 2013

Vu l'avis R13 224 089 (2) du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 13 janvier 2014

Vu l'avis du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Languedoc Roussillon du 13 janvier 2014

Vu l'avis du Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins du Gard du 08 avril 2014

Vu l'avis du Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins de l'Hérault du 05 mars 2015

Vu la déclaration de la CNIL du 19 mai 2017 relative au traitement de données de santé

Vu le protocole de coopération du réseau Cicat-Occitanie validé par l'arrêté de l'ARS Languedoc Roussillon du 09/07/2014

Vu la Convention de financement de l'expérimentation « Article 51 LFSS projet régional Domoplaies, prise en charge de proximité » entre la CNAM et Cicat-Occitanie signée le 15/07/2020



Préambule

Cette association loi 1901 créée en 1999, de la rencontre des acteurs hospitaliers et de professionnels libéraux et privés, parue au Journal Officiel le 15 Avril 2000, sous le nom de « Réseau Ville-Hôpital Plaies et Cicatrisation en Languedoc-Roussillon (RVHPCLR) » a pour mission principale d'améliorer la qualité des soins préventifs et curatifs des malades à risque ou affectés de plaies à cicatrisation difficile. Son fonctionnement, soutenu par l'ARS, se développe dans un contexte de décloisonnement ville-hôpital.

En 2010, le réseau a été renommé CICAT-LR, et déposé en novembre 2010 auprès de l'ASIP SANTE, suite au projet commun avec les acteurs de la Basse Normandie pour optimiser son activité de coordination et d'appui aux bonnes pratiques grâce à une organisation en Télémédecine « DOMOPLAIES », qui a été retenu par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP-Santé).

Suite à la loi de délimitation des régions de 2015, le réseau CICAT-LR a entrepris un rapprochement avec ses partenaires de l'ex région « Midi-Pyrénées », la nouvelle dénomination « Cicat-Occitanie » est parue au Journal Officiel le 13 janvier 2018.

Le réseau Cicat-Occitanie s'engage à poursuivre avec l'ARS les relations conventionnelles établies à partir des orientations et des objectifs stratégiques des tutelles.

Le projet Domoplaie, porté par le réseau Cicat-Occitanie a été retenu, dans le cadre des expérimentations prévues par l'article 51 de la LFFS 2018 visant des organisations innovantes et des modèles de financement inédits. Dans ce contexte, Cicat-Occitanie expérimente dans le cadre d'un épisode de soins un financement au forfait d'un dispositif d'expertise et d'appui à la coordination de patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes.

Fonctionnant sur le mode associatif, il propose l'adhésion au réseau Cicat-Occitanie, par une cotisation annuelle de soutien. Toutes les informations concernant le fonctionnement du réseau et le montant de la cotisation, si vous souhaitez adhérer, sont disponibles sur le site internet du réseau.

Article 1. Les missions du réseau Cicat-Occitanie

Le réseau Cicat-Occitanie a pour objet :

- ✓ D'améliorer la qualité des soins préventifs ou curatifs des malades à risque ou affectés de plaies à cicatrisation difficile, en intervenant auprès des professionnels qui les prennent en charge.
- ✓ D'accompagner des professionnels en difficulté par l'aménagement d'une accessibilité à l'information, aux conseils et aux moyens techniques pouvant aider aux soins des plaies à cicatrisations difficiles, et dans la prise en charge de patients fragiles porteurs de plaies et pour lesquels les déplacements sont délétères.
- ✓ De favoriser et coordonner le lien entre les différents acteurs de santé (ville/hôpital) intervenant dans cette problématique, en multidisciplinarité.
- ✓ De développer la formation, le soutien des professionnels et l'information aux différents acteurs, levier essentiel pour permettre l'optimisation et l'harmonisation des pratiques.
- ✓ De développer la télémédecine.
- ✓ De proposer une coordination d'appui aux professionnels de santé pour rendre le parcours du patient plus efficient.

- ✓ D'intervenir sur un épisode de soin auprès des acteurs de santé de proximité jusqu'à cicatrisation ou sortie de l'épisode complexe.

Article 2. Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les modalités de partenariat entre le Réseau Cicat-Occitanie et Le requérant. Elle vise à :

- ✓ Faciliter le travail en complémentarité et en partenariat pour apporter une réponse plurielle fondée sur la communication et la coordination volontaires des différents acteurs de santé,
- ✓ Organiser l'intervention d'un expert en plaies et cicatrisation en vue d'une évaluation de la situation et d'une proposition de plan de prise en charge,
- ✓ Améliorer la prise en charge et le suivi des patients porteur de plaie,
- ✓ Favoriser une démarche qualité au regard des besoins et des moyens mis à disposition,
- ✓ Soutenir et former les professionnels sur le thème « Plaies et Cicatrisations », l'approfondissement des connaissances et le perfectionnement des pratiques en plaies et cicatrisation et dans la réalisation de gestes techniques,
- ✓ Renforcer l'information et la formation des différents acteurs, leviers essentiels pour l'optimisation et l'harmonisation des pratiques dans la prise en charge de ce problème de santé.

Article 3. Critères d'intervention du réseau Cicat-Occitanie

Définition des plaies prises en charge

La plaie chronique

Une plaie chronique est une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. Une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution selon son étiologie. Les causes de plaie chronique incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du diabétique et les moignons d'amputation « Les pansements, indications et utilisations recommandées ». HAS, avril 2011 http://www.hassante.fr/portail/upload/-docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf

La plaie complexe

Une plaie est reconnue comme étant complexe, dès lors qu'elle est évaluée comme telle par le professionnel de santé requérant qui en assure la prise en charge. L'absence de signe de cicatrisation et le caractère complexe des plaies sont le plus souvent multifactoriels et peuvent être expliqués par :

- ✓ Des facteurs liés au patient (absence d'évaluation des comorbidités ou des facteurs contributifs à la plaie, difficultés liées au comportement et à la coopération du patient),
- ✓ Des facteurs liés à la plaie (surface, volume, atteinte des tissus nobles, diagnostic erroné de l'étiologie de la plaie, absence de diagnostic des complications infectieuses ou ischémiques de la plaie),
- ✓ Des facteurs liés aux compétences et aux connaissances des professionnels de santé (absence de protocoles de soins standardisés ou appropriés),
- ✓ Des facteurs liés aux difficultés environnementales ou sociales en termes de ressources disponibles pour le traitement de la plaie.

Critères d'intégration de patients dans le dispositif

Critères d'inclusion dans le dispositif (début de l'épisode de soins) :

- ✓ Respect des critères médicaux d'inclusion : Tout patient (quel que soit sa pathologie) porteur d'une plaie correspondant à la définition des plaies chroniques et/ou complexes.
- ✓ Respect des critères administratifs : Le patient a un binôme requérant situé dans la région Occitanie.
- ✓ Respect du consentement du patient : envoi de la lettre d'information et signature du consentement.
- ✓ Respect du cadre légal de communication des données de santé : utilisation d'un mode d'échange sécurisé (application Domoplaie et messagerie sécurisée de santé).
- ✓ Signature de la convention par le requérant.

Critères de non-inclusion :

- ✓ Non-respect des critères d'inclusion.
- ✓ Situation d'urgence vitale.
- ✓ Refus du patient ou de l'une des deux parties du binôme requérant.
- ✓ Patient suivi par une autre équipe spécialisée (vasculaire, gériatrie, pied diabétique) qui n'a pas été avertie de cette demande d'inclusion et/ou qui ne souhaite pas de collaboration avec le Réseau Cicat-Occitanie.

Critères de sortie du dispositif (fin de l'épisode de soins) :

- ✓ Retrait volontaire (possible à tout moment) du patient ou d'un membre du binôme requérant,
- ✓ Cicatrisation complète,
- ✓ Évolution favorable ou équipe qui n'est plus en difficultés :
 - Au moins 40% de tissu de bourgeonnement,
 - Pas d'exposition de structure noble,
 - Diminution d'au moins 50% de la surface et/ou du volume.
- ✓ Chirurgie de couverture programmée à court terme,
- ✓ Hospitalisation ou prise en charge dans une structure qui ne souhaite pas se conventionner avec Cicat-Occitanie,
- ✓ Prise en charge par une autre équipe qui ne souhaite pas travailler en pluridisciplinarité avec le réseau et les autres acteurs de la prise en charge,
- ✓ Le requérant se trouve hors Occitanie suite au déménagement du patient,
- ✓ Décès du patient.

Article 4. Modalités d'organisation de l'expertise et de la coordination d'appui

Le réseau Cicat-Occitanie s'engage à :

- **Offrir les services d'une centrale d'appel et de coordination** via un numéro unique et une adresse mail
 - Une centrale d'appel et de coordination : 04 67 33 22 22
 - Une adresse mail : contact@cicat-occitanie.org
- **Assurer l'expertise** en plaie et cicatrisation grâce à l'intervention d'un expert du réseau en Télémédecine et/ou en présentiel si nécessaire.
- **Intervenir en télémédecine** en optimisant le parcours du patient porteur de plaie(s) complexe(s)

Cette intervention doit permettre :

- ✓ De recueillir, via le centre expert, les renseignements administratifs nécessaires à la coordination du parcours de soins fournis par le requérant (Annexe 1 : Courrier de demande de documents à l'inclusion du patient),
 - ✓ D'organiser l'intervention d'un expert en plaies et cicatrisation en vue d'une évaluation de la situation et d'une proposition de plan de prise en charge,
 - ✓ D'améliorer la prise en charge et le suivi des patients porteur de plaie par le travail en complémentarité et en partenariat entre les acteurs de proximité,
 - ✓ De favoriser le parcours de soins du patient au regard des besoins et des moyens mis à disposition,
 - ✓ De développer les outils numériques dans le cadre de l'évaluation et du suivi du parcours du patient porteur de plaies chroniques et/ou complexes.
- **Proposer un appui à la coordination du parcours de soins du patient**

Ce réseau propose un appui spécialisé à la coordination des parcours de patients porteur de plaies complexes, en s'appuyant sur les ressources du territoire et sans se substituer à l'activité des effecteurs de soin.

Ceci, afin de :

- ✓ Répondre à la demande du professionnel requérant dans la prise en charge du patient,
- ✓ Renforcer et fluidifier la prise en charge du patient grâce à une connaissance du maillage territorial,
- ✓ Mobiliser les ressources humaines et techniques sur le territoire de proximité du patient.
- ✓ Proposer la réponse la plus adaptée au patient et aux professionnels de premier recours.
- ✓ Favoriser le lien ville-hôpital et faciliter le retour à domicile.
- ✓ S'assurer de sa mise en œuvre et réaliser le suivi.

- **Organiser des Formations**

En complément de son rôle dans l'harmonisation des bonnes pratiques en soin des plaies et cicatrisation, le réseau Cicat-Occitanie est un organisme formateur agréé (N° 91-34-05480-34) et peut dispenser, à ce titre, des formations auprès des professionnels ou établissements qui en feront la demande.

Chaque demande fera l'objet d'une étude et d'un devis personnalisés afin de répondre aux attentes et aux besoins des professionnels requérants.

- **Déclarer spécifiquement l'inclusion d'un patient résident en EHPAD**

Dans le cas où l'épisode de soins concerne un patient résident en EHPAD, Cicat-Occitanie déclare l'inclusion de ce patient de façon spécifique sur la plateforme de facturation de la CNAM.

En contrepartie, l'EHPAD bénéficiera d'un forfait de 15€ par patient et par épisode de soins (un épisode de soins peut nécessiter plusieurs téléconsultations, voir « *Article 3. Critères d'intervention du réseau Cicat-Occitanie* ») sous réserve de l'adhésion de l'EHPAD à l'expérimentation (signature d'une convention spécifique).

Le requérant s'engage à :

- ✓ Faire appel à Cicat-Occitanie pour conseil en cas de difficulté dans la prise en charge de patient porteur de plaie complexe en s'assurant de l'accord des équipes médicales et paramédicales du patient, et en adressant la prescription d'acte de télémédecine (Annexe 2 : Exemple de prescription d'acte de télémédecine).
- ✓ Avoir téléchargé et utiliser l'application sécurisée Domoplaies et respecter la charte de bonne pratique de la télémédecine (Annexe 3 : Charte de bonne pratique de la télémédecine),
- ✓ Informer le patient et recueillir son consentement pour l'intervention de Cicat-Occitanie (Annexe 4 : Note d'information ; Annexe 5 : Recueil du consentement).
- ✓ Garantir auprès du patient la présence de l'infirmier(e) requérant(e), qui réalisera le soin lors des actes de Télémédecine ou visites présentiels de l'expert de Cicat-Occitanie et le cas échéant du médecin requérant.
- ✓ Prévoir le matériel minimum indispensable à la réalisation du soin : set à pansements, un alginate, une curette et un bistouri.
- ✓ Communiquer à l'ensemble de l'équipe la procédure d'intervention, et d'organisation du suivi du réseau Cicat-Occitanie et être garant de son respect,
- ✓ Veiller au respect de la proposition de plan de soin définis en commun par Cicat-Occitanie et Le Requérant suite à la proposition de plan de soin (validée par le médecin traitant),
- ✓ Transmettre à Cicat-Occitanie, les données cliniques et leurs évolutions permettant l'évaluation de la plaie, le diagnostic, le pronostic et la recherche des facteurs de retard de cicatrisation et/ou de complications (événement indésirable ou intercurrent, aggravation, hospitalisation, consultations spécialisées, résultats des examens para cliniques proposés lorsqu'ils ont été effectués...) et les modifications éventuelles de la proposition de plan de soin.
- ✓ Informer Cicat-Occitanie de la fin de l'épisode de soins et envoyer une photographie de la plaie,
- ✓ Échanger à chaque fois qu'il sera nécessaire sur les difficultés rencontrées ou les améliorations à envisager sur l'organisation de l'intervention du réseau.

Article 5. Nouveaux acteurs

Tout professionnel ou établissement de santé ou toute structure d'exercice d'une profession de santé, de droit privé ou de droit public, répondant aux conditions posées par la présente peut demander l'intervention du réseau Cicat-Occitanie. A cet égard, les parties conviennent expressément que la présente convention ne peut être renégociée par les nouveaux acteurs.

Article 6. Assurances

Chaque partie s'engage à souscrire et/ou à informer sa compagnie d'assurance "responsabilité professionnelle" de l'exercice d'activités de télémedecine.

La responsabilité des co-contractants pourra être recherchée individuellement ou de façon collective, en cas de défaillance ou de faute commise dans le cadre de leurs obligations, telles que définies à la présente. Les parties en présence s'engagent à fournir une attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle et /ou administrative

Article 7. Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction, sous condition du financement des tutelles de Cicat-Occitanie.

Elle prendra effet à compter de la signature des parties.

Article 8. Révision de la convention

A la demande de l'une des parties et après accord du réseau Cicat-Occitanie, les dispositions de la présente convention pourront être modifiées par voie d'avenant :

- Pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de la convention ;
- Pour ajouter ou retirer une partie à la convention ;

Toute modification substantielle de la convention est portée à la connaissance de l'ARS Occitanie.

Article 9. Dénonciation

La convention peut être dénoncée par une des parties par l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception à l'autre partie.

Article 10. Litiges

En cas de litige survenant entre les parties sur l'interprétation ou l'exécution de la convention, ou de difficulté de toute nature, celle-ci s'engage à tenter de trouver une solution de conciliation avant de porter leur différend à la connaissance du tribunal compétent.



Si toutefois, aucun accord n'est trouvé devant l'initiative de l'une des parties d'initier la conciliation, par lettre recommandée avec avis de réception, les parties retrouveront leur liberté d'agir en justice.

Fait à _____, le _____

Réseau Cicat-Occitanie
Luc TEOT
Président

Requérant
Nom :
Fonction :

Signature et Cachet :

Signature et Cachet :

Annexes

Annexe 1 : Courrier de demande de documents à l'inclusion du patient

Chers confrères,

Dans le cadre des bonnes pratiques de la télémédecine, chaque demande de prise en charge par le réseau Cicat-Occitanie devra désormais être accompagnée de :

1. Une ordonnance du médecin traitant pour « prise en charge d'une plaie en télémédecine » :
 - Soit sur ordonnance bizona (précisant si la plaie est en lien avec l'ALD),
 - Soit en nous retournant l'ordonnance type qui accompagne le consentement du patient qui vous a été transmis par mail lors de la demande de rendez-vous,

L'ordonnance doit préciser si vous acceptez que cette prise en charge se fasse dans le cadre d'un protocole de coopération interprofessionnelle.

2. L'attestation de sécurité sociale du patient,
3. Le consentement du patient qui vous a été adressé par mail lors de la demande de rendez-vous,
4. Les éléments cliniques en votre possession :
 - Sa taille et son poids,
 - Son traitement en cours,
 - Ses antécédents.

Toutes ces informations doivent nous être transmises par voie sécurisée si possible et seront associées au dossier patient si nous les recevons avant le jour de la téléconsultation, permettant ainsi de diminuer la durée de la téléconsultation.

Merci de nous transmettre dans le même temps toutes autres informations qui vous paraîtraient pertinentes pour une prise en charge optimale de votre patient :

- Son dernier bilan sanguin (albumine, pré-albumine, crp)
- Le compte rendu d'un doppler artério-veineux de moins de trois mois si la plaie se situe au niveau du membre inférieur.

Merci de votre confiance et de votre collaboration,

Bien cordialement,



Annexe 2 : Exemple de prescription d'acte de télémedecine

Patient :

ORDONNANCE

ACCOMPAGNEMENT EN TELEMEDECINE POUR SUIVI DE PLAIE PAR CICAT- OCCITANIE

Après information et accord du patient

En rapport avec l'ALD exonérante :

OUI

NON

Accord pour le protocole de coopération N°91-000000054 : L'acte de télémedecine pourra être réalisé par un(e) infirmier(e) référent(e) en plaies et cicatrisation, formé(e) à cette pratique et supervisé par un médecin expert dans le cadre d'une démarche de coopération interprofessionnelle.

OUI

NON

Cachet et signature

Annexe 3 : Charte de bonne pratique de la télémédecine

Charte de bonne pratique de la télémédecine

Le médecin ou l'infirmier souhaitant participer au projet DOMOPLAIES s'engage à respecter les principes suivants :

- 1) L'exercice de la médecine et de la profession d'infirmier ne doit pas être pratiqué comme un commerce (Articles R. 4127-19 et R. 4312-37 du Code de la santé publique).
- 2) La réalisation de tout acte de télémédecine mentionnée dans la convention de télémédecine DOMOPLAIES, doit être fondée sur une nécessité justifiée par :
 - a. La volonté d'améliorer la prise en charge médicale du patient ;
 - b. Une pathologie nécessitant un contrôle régulier du praticien.
- 3) Le patient doit être informé de la nécessité, de l'intérêt, des conséquences et de la portée de l'acte ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour sa réalisation, et doit donner son consentement libre et éclairé.
- 4) Le médecin ou l'infirmier exerçant par le biais de la télémédecine s'engage à respecter et faire respecter, par toutes les personnes l'assistant, le secret professionnel. Il s'engage à assurer la confidentialité des données de santé à caractère personnel collectées, qu'elles soient cliniques, biologiques, fonctionnelles, anatomiques ou thérapeutiques.
- 5) Les coopérations entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans un protocole de télémédecine, doivent respecter les champs de leurs compétences réciproques afin que chacun reste responsable de ses actes et de ses décisions.
- 6) Chaque professionnel intervenant dans le cadre du projet DOMOPLAIES reste responsable des actes relevant de sa compétence. À cet égard, il est notamment précisé que :
 - a. Le médecin prescrivant un traitement à la suite d'un acte de télémédecine est seul responsable des conséquences dommageables éventuelles. L'infirmier réalisant le traitement prescrit par le médecin reste responsable des conséquences dommageables d'une réalisation fautive ;
 - b. S'il estime que la photographie prise par l'infirmier est d'une qualité insuffisante pour poser un diagnostic, le médecin ou l'infirmier expert demandera la prise d'un nouveau cliché. À défaut, la responsabilité des deux parties sera engagée ;
 - c. L'infirmier présent aux côtés du patient reste tenu de s'assurer de la conformité des soins et traitements prescrits à l'intérêt du patient, dans la limite de ses compétences légales et réglementaires. En cas de doute, il s'engage à prendre l'attache du médecin ou de l'infirmier(e) expert prescripteur avant de réaliser les soins concernés ;

- d. Chaque professionnel intervenant dans le cadre du projet s'engage à souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle.
- 7) La réalisation d'un acte professionnel par télé médecine doit être reconnue et valorisée pour tous les médecins et autres professionnels qui y participent, sans pouvoir être qualifiée de pratique de dichotomie, de compéragé ou de détournement de patientèle.
- 8) Tous les professionnels impliqués doivent être clairement identifiés (nom, prénom, date de naissance, n° d'inscription au conseil de l'ordre, n° RPPS, adresse du cabinet et n° du téléphone) et en situation d'exercice légal de leurs professions en France. À cet égard, ils doivent être inscrits au tableau de leur Ordre respectif.
- 9) Le médecin ou l'infirmier exerçant par le biais de la télé médecine doit formuler ses demandes et ses réponses avec toute la clarté nécessaire et veiller à leur compréhension par leur interlocuteur : médecin, professionnel de santé ou patient.
- 10) Le médecin ou l'infirmier exerçant par le biais de la télé médecine doit être compétent. Il doit connaître l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre pour la réalisation de l'acte de télé médecine, et s'engage à suivre les formations nécessaires à la satisfaction de cette obligation. Il doit faire appel, autant que besoin, à des tiers compétents dans l'utilisation des dispositifs correspondants.
- 11) Le médecin ou l'infirmier doit pouvoir s'assurer de la compétence de ces tierces personnes ainsi que du respect du secret professionnel auquel elles sont aussi personnellement soumises.
- 12) Le médecin et l'infirmier exerçant par le biais de la télé médecine doivent inscrire dans leur dossier patient tenu par chaque professionnel ou dans la fiche d'observation, par l'intermédiaire du système d'information (SI) mis à disposition par lequel transite l'acte (les actes) de télé médecine :
 - a. Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
 - b. Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télé médecine ;
 - c. La date et l'heure de l'acte ;
 - d. L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
 - e. Les incidents techniques survenus au cours de l'acte, le cas échéant ;
 - f. Ainsi que de façon plus générale, tout document généré à l'occasion de l'acte.
- 13) Le système d'information respecte l'ensemble de la réglementation applicable à la pratique de la télé médecine, et à l'hébergement des données de santé à caractère personnel, et notamment :
 - a. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés qui impose notamment une information en cas de collecte et de traitement de

- données personnelles notamment en cas de mise à disposition d'un service de rappel de rendez-vous à destination des patients du cabinet ;
- b. La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
 - a. Le Décret n°2018-137 du 26 janvier 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel ;
 - b. Le Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine ;
- 14) Le médecin ou l'infirmier ayant contribué à un acte de télémédecine doivent consigner dans les conclusions de cet acte que la continuité de la prise en charge et des soins qu'ils ont indiqués seront assurés par des tiers compétents s'ils ne peuvent y pourvoir eux-mêmes.

Un acte de télémédecine vient en complément, et non en remplacement de la relation du médecin avec son patient.

- 10) Le médecin ou l'infirmier exerçant son activité par le biais de la télémédecine s'engage à en informer le conseil départemental de l'ordre dont il dépend et auquel il est inscrit.

S'ENGAGEMENT A RESPECTER LES DISPOSITIONS DE LA PRESENTE CHARTE

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Département d'inscription :

Numéro d'inscription au tableau :

Numéro RPPS :

Atteste sur l'honneur s'engager à respecter les dispositions de la présente charte (mention à reproduire)

Fait à, le.....

Signature de l'intéressé(e)

Annexe 4 : Note d'information

NOTE D'INFORMATION

À intégrer le réseau Cicat-Occitanie, à la collecte de données de santé à caractère personnel et à une prise en charge en télémedecine, à l'utilisation des données pour l'évaluation du projet, à l'hébergement des données à caractère personnel, à intégrer le protocole de coopération.

Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.
Vous pourrez alors prendre une décision libre et éclairée concernant le partage vos informations personnelles

Madame, Monsieur,

Vous êtes porteur d'une plaie et votre équipe soignante (médecin, infirmier) souhaite bénéficier de l'expertise de notre équipe référente du Réseau Cicat-Occitanie. Cet accompagnement se fait dans le cadre du service DOMOPLAIES, un service de suivi de plaies complexes à l'aide de dispositifs de télémedecine.

Qu'est-ce-que la télémedecine ?

La télémedecine est une forme de **pratique médicale à distance** utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

La définition des actes de télémedecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret. (Article R.6316-1 du code de la santé publique)

Ce service utilisé par le Dr..... (*nom du médecin requérant*) et le réseau Cicat-Occitanie (association loi 1901) participant à votre prise en charge et est :

- Constitué d'une plateforme de télémedecine sécurisée et hébergée par un **hébergeur agréé par le Ministère en charge de la Santé** ;
- Réservé aux **professionnels de santé impliqués uniquement dans votre prise en charge**, et rattachées à des structures et professionnels de santé conventionnés.
- Approuvé par l'ARS Occitanie, après avis de la HAS, comme l'exige l'article L4011-1 du Code de la Santé Publique et met à votre disposition une équipe pluridisciplinaire (Médecins et Infirmier(e)s experts) dont l'activité a fait l'objet d'un protocole de coopération entre professionnels de santé. Ce transfert d'acte de prise en charge en télémedecine du médecin à

l'infirmier(e) référent(e) en plaies et cicatrisations a pour but de vous apporter la même qualité et la même sécurité de prise en charge que si la prise en charge en télémédecine était réalisée par le médecin.

- Réalisée par un médecin expert ou un(e) infirmier(e) référent(e) en plaies et cicatrisation, formé(e) à cette pratique par un médecin expert dans le cadre d'une démarche de coopération interprofessionnelle. Au cours de cette prise en charge en télémédecine, l'infirmier(e) référent(e) en plaies et cicatrisations aura la possibilité de prescrire des examens complémentaires d'aide au pronostic de cicatrisation ainsi que des traitements locaux, ou des supports de prévention dynamique.

L'assurance du réseau Cicat-Occitanie intègre cette démarche de coopération interprofessionnelle.

A quoi sert-elle ?

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

L'usage de la télémédecine permet de disposer d'expertise pluridisciplinaire et d'avis spécialisés dans des délais optimisés permettant ainsi d'**améliorer l'accès aux soins**, la **qualité de prise en charge**, d'améliorer la **qualité de vie** ou encore de **diminuer les évènements graves**.

Qui pourra accéder à mes données ?

Vos données à caractère personnel sont uniquement destinées :

- **A votre équipe de soins**, i.e. aux professionnels de santé de la région Occitanie en charge de votre suivi de plaies ;
- **Aux professionnels du réseau Cicat-Occitanie** participant à l'organisation de votre prise en charge ;
- **A vous-même**.

L'équipe de soins est composée de l'ensemble des **professionnels de santé** participant directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, [...] ou aux actions nécessaires à leur coordination [...] (L.1110-12 CSP). Votre équipe de soins est composée des professionnels de santé des différentes structures qui ont conventionné au service de partage qui vous prennent en charge dans le cadre de votre suivi de plaies uniquement.

Tous se doivent de respecter le **secret médical** dans le cadre de leur profession.

Pour ce faire, il vous est demandé **de signer un consentement** à la prise en charge en télémédecine. Ce document sera à signer une seule fois pour votre prise en charge.

Que se passe-t-il si je refuse d'être pris en charge via la télémédecine ?

Vous ne signez pas la feuille de recueil de votre consentement et la prise en charge de votre plaie restera la même qu'avant la demande d'intervention de l'équipe du réseau plaies et cicatrisations Cicat-Occitanie.

Comment mes données personnelles sont-elles traitées et protégées ?

Dans le cadre de ce service, des données à caractère personnel vous concernant, comprenant des données administratives, des données de santé y compris de sensibilité médicale sont collectées et traitées. Elles sont hébergées auprès d'un hébergeur agréé de données de santé.

Le Dr..... (*nom du médecin requérant*) et le réseau Cicat-Occitanie (association loi 1901) sont responsables du traitement de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre sur le fondement de l'article 8 II 6° de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés modifiée (« Loi Informatique et Libertés »).

Quels sont mes droits sur mes données personnelles ?

Au titre de l'hébergement de vos données chez un hébergeur agréé de données de santé, vous disposez d'un droit d'opposition. Le cas échéant, les professionnels de santé qui vous prennent en charge ne pourront cependant plus bénéficier du service de télémédecine.

De plus, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime sur vos données, ainsi que du droit de définir des directives concernant le sort de vos données après votre mort. Vous disposez en outre :

- Du droit de solliciter une limitation du traitement,
- D'un droit à l'oubli et à l'effacement numérique,
- D'un droit à la portabilité de vos données,
- Du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser, en fournissant une copie d'un justificatif de votre identité, au service spécifique du Dr. Luc TEOT, Cicat-Occitanie, à l'adresse postale :

Hôpital La Colombière - pavillon 41 - 39 avenue Charles Flahault - 34295 Montpellier cedex 5

Ou électronique : contact@cicat-occitanie.org

À tout moment de votre prise en charge, vous pouvez demander au Dr..... (*nom du médecin requérant*) ou au réseau Cicat-Occitanie des informations complémentaires sur ce service.

Annexe 5 : Recueil du consentement

RECUEIL DU CONSENTEMENT

Prise en charge d'un patient portant des plaies via le service de télémédecine

Je soussigné(e).....en ma qualité de :

- Patient
- Titulaire de l'autorité parentale pour le patient mineur.....
- Tuteur pour le patient majeur sous tutelle.....
- Personne de confiance du patient.....

Reconnais avoir été informé des bénéfices, risques et conditions de mise en œuvre de ma prise en charge via la télémédecine par les professionnels de santé impliqués dans ma prise en charge autour de ma plaie.

J'accepte la collecte de données de santé à caractère personnel me (le) concernant pour une prise en charge via la télémédecine.

- Je reconnais la qualité de membre de l'équipe de soins à tous les professionnels de santé intervenant dans ma (sa) prise en charge, impliquant la possibilité d'accès à mes (ses) données de santé partagées.
- Je reconnais avoir pris connaissance du fait que mes (ses) données à caractère personnel seront hébergées chez un hébergeur de données de santé agréé par le Ministère en charge de la Santé.

J'accepte d'intégrer le protocole de coopération : Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un ide expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémédecine.

- Vous êtes informé que la prise en charge en télémédecine qui vous est proposée pourra être réalisée par un(e) infirmier(e) référent(e) en plaies et cicatrisation, formé(e) à cette pratique par un médecin expert dans le cadre d'une démarche de coopération interprofessionnelle. Au cours de cette prise en charge en télémédecine, l'infirmier(e) référent(e) en plaies et cicatrisations aura la possibilité de prescrire des examens complémentaires d'aide au pronostic de cicatrisation ainsi que des traitements locaux, ou des supports de prévention dynamique.

J'accepte que les données recueillies puissent être utilisées de façon anonyme à des fins d'études statistiques ou médicales.

Je refuse la collecte de données de santé à caractère personnel me (le) concernant et à une prise en charge via la télémedecine.

- Je comprends qu'il est de mon ressort d'organiser ma (sa) prise en charge et de communiquer mes (ses) données de santé aux professionnels de santé de mon choix via les éléments (compte rendu, traitement,...) qui me sont communiqués.

Je refuse d'intégrer le protocole de coopération : Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un infirmier(e) expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémedecine.

- Vous êtes informé que si vous refusez le protocole de coopération, vous ne pourrez pas être suivi par un(e) infirmier(e) référent(e) déléguée du réseau

Fait à :

Le :

Signature :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 consœurs et confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les femmes et les hommes, et mes consœurs et confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME ET MOTS-CLES

Contexte : Le réseau Cicat-Occitanie est un réseau d'aide aux soignants qui propose notamment des téléconsultations pour la prise en charge de leurs patients porteurs de plaies complexes. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Lozère y font peu appel malgré l'isolement géographique et la faible démographie médicale. Dans la littérature, des facteurs humains, organisationnels et économiques ont été repérés comme freins au recours aux téléconsultations.

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer l'impact d'une intervention personnalisée de sensibilisation prenant en compte ces freins, auprès des professionnels de santé (PS) des EHPAD lozériens, sur leur taux de demandes de téléconsultations du réseau Cicat-Occitanie. L'objectif secondaire était de décrire et d'évaluer si ces freins étaient liés aux caractéristiques des répondants.

Méthodes : Une étude interventionnelle comparative avec randomisation en grappe a été réalisée en suivant les critères WIDER. Un questionnaire fermé recueillait les freins, puis une visioconférence personnalisée visait à présenter le réseau et à apporter des réponses aux principaux freins.

Résultats : Les 28 EHPAD lozériens ont été inclus avec 14 randomisés dans le bras intervention. A 3 mois de l'intervention réalisée en janvier et février 2021, l'incidence de recours au réseau était de 2,5% résident-année pour le bras intervention contre 1,52% pour le bras contrôle (p -value = 0,73). La cotation du facteur organisationnel était significativement plus élevée que celle des facteurs humains et économiques. Un précédent recours au réseau était corrélé avec une diminution de la plupart des freins organisationnels.

Conclusions : Malgré une augmentation de l'incidence, il n'a pas été possible de conclure sur une efficacité de l'intervention. Le faible nombre d'EHPAD en Lozère, l'incidence faible des recours et la concomitance de la pandémie de Covid-19 ont été des limites évidentes.

L'organisation même des structures est ressortie comme le principal frein des PS. Il serait donc intéressant d'évaluer l'impact de la création des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sur l'ancrage lozérien du réseau Cicat-Occitanie.

Mots clés : *Télémédecine, Consultation à distance, Cicatrisation de plaie, Santé en zone rurale, Réseaux communautaires, Maisons de retraite médicalisées*