



HAL
open science

Regards croisés sur la télémédecine en EHPAD : enquête auprès des professionnels impliqués sur la mise en place des téléconsultations dans les EHPAD du territoire rennais

Lou Cady

► To cite this version:

Lou Cady. Regards croisés sur la télémédecine en EHPAD : enquête auprès des professionnels impliqués sur la mise en place des téléconsultations dans les EHPAD du territoire rennais. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03529810

HAL Id: dumas-03529810

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03529810v1>

Submitted on 17 Jan 2022

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Lou Cady

Née le 20/02/1991 à Paris

**Regards croisés sur
la télémédecine en
EHPAD : enquête
auprès des
professionnels
impliqués sur la mise
en place des
téléconsultations
dans les EHPAD du
territoire rennais.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 17 juin 2021**

devant le jury composé de :

Dominique SOMME

PU-PH – CHU Rennes / *président du jury*

Marc CUGGIA

PU-PH – CHU Rennes / *examinateur*

Didier MYHIE

Professeur Associé – DMG Rennes 1 / *examinateur*

Emilie ANDRES

Chef de Clinique des Universités – DMG Rennes 1 /
examinatrice

Marie COSTES

PH – CHU Rennes / *directrice de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Lou Cady

Née le 20/02/1991 à Paris

**Regards croisés sur
la télémédecine en
EHPAD : enquête
auprès des
professionnels
impliqués sur la mise
en place des
téléconsultations
dans les EHPAD du
territoire rennais.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 17 juin 2021**

devant le jury composé de :

Dominique SOMME

PU-PH – CHU Rennes / *président du jury*

Marc CUGGIA

PU-PH – CHU Rennes / *examinateur*

Didier MYHIE

Professeur Associé – DMG Rennes 1 / *examinateur*

Emilie ANDRES

Chef de Clinique des Universités – DMG Rennes 1 /
examinatrice

Marie COSTES

PH – CHU Rennes / *directrice de thèse*

PROFESSEUR·E·S UNIVERSITAIRES

ANNE-GALIBERT Marie-Dominique PU-PH Biochimie et biologie moléculaire

BARDOU-JACQUET Edouard PU-PH Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine PU-PH Histologie, embryologie et cytogénétique

BELLISSANT Éric PU-PH Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

BELOEIL Hélène PU-PH Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

BENDAVID Claude PU-PH Biochimie et biologie moléculaire

BENSALAH Karim PU-PH Urologie

BEUCHEE Alain PU-PH Pédiatrie

BONAN Isabelle PU-PH Médecine physique et de réadaptation

BONNET Fabrice PU-PH Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

BOUDJEMA Karim PU-PH Chirurgie viscérale et digestive

BOUGET Jacques Professeur Emérite Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

BOUGUEN Guillaume PU-PH Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BRASSIER Gilles PU-PH Neurochirurgie

BRETAGNE Jean-François Professeur Emérite Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BRISSOT Pierre Professeur Emérite Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

CARRE François Professeur Emérite Physiologie

CATTOIR Vincent PU-PH Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHALES Gérard Professeur Emérite Rhumatologie

COGNÉ Michel PU-PH Immunologie

CORBINEAU Hervé PU-PH Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CUGGIA Marc PU-PH Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

DAUBERT Claude Professeur Emérite Cardiologie

DAVID Véronique PU-PH Biochimie et biologie moléculaire

DAYAN Jacques Professeur Associé Pédopsychiatrie ; addictologie

DE CREVOISIER Renaud PU-PH Cancérologie ; radiothérapie

DECAUX Olivier PU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

DESRUES Benoît PU-PH Pneumologie ; addictologie

DEUGNIER Yves Professeur Emérite Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

DONAL Erwan PU-PH Cardiologie

DRAPIER Dominique PU-PH Psychiatrie d'adultes ; addictologie

DUPUY Alain PU-PH Dermato-vénérologie

ECOFFEY Claude PU-PH Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

EDAN Gilles Professeur en surnombre Neurologie

FERRE Jean-Christophe PU-PH Radiologie et imagerie médicale

FEST Thierry PU-PH Hématologie ; transfusion

FLECHER Erwan PU-PH Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GANDEMER Virginie PU-PH Pédiatrie

GANDON Yves PU-PH Radiologie et imagerie médicale

GANGNEUX Jean-Pierre PU-PH Parasitologie et mycologie

GARIN Etienne PU-PH Biophysique et médecine nucléaire

GARLANTEZEC Ronan PU-PH Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GAUVRIT Jean-Yves PU-PH Radiologie et imagerie médicale

GODEY Benoît PU-PH Oto-rhino-laryngologie

GUGGENBUHL Pascal PU-PH Rhumatologie

GUILLE François PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020 Urologie

GUYADER Dominique PU-PH Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

HAEGELEN Claire PU-PH Anatomie

HOUOT Roch PU-PH Hématologie ; transfusion

JEGO Patrick PU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

JEGOUX Franck PU-PH Oto-rhino-laryngologie

JOUNEAU Stéphane PU-PH Pneumologie ; addictologie

KAYAL Samer PU-PH Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LAMY DE LA CHAPELLE Thierry PU-PH Hématologie ; transfusion

LAVIOLLE Bruno PU-PH Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

LAVOUE Vincent PU-PH Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LE BRETON Hervé PU-PH Cardiologie

LE TULZO Yves PU-PH Médecine intensive-réanimation

LECLERCQ Christophe PU-PH Cardiologie

LEDERLIN Mathieu PU-PH Radiologie et imagerie médicale

LEGUERRIER Alain Professeur Emérite Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

LE JEUNE Florence PU-PH Biophysique et médecine nucléaire

LEVEQUE Jean PU-PH Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LIEVRE Astrid PU-PH Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

MABO Philippe PU-PH Cardiologie

MAHE Guillaume PU-PH Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

MALLEDANT Yannick Professeur Emérite Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MATHIEU-SANQUER Romain PU-PH Urologie

MENER Eric Professeur associé Médecine générale

MICHELET Christian Professeur Emérite Maladies infectieuses ; maladies tropicales

MOIRAND Romain PU-PH Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

MORANDI Xavier PU-PH Anatomie

MOREL Vincent Professeur associé Médecine palliative

MOSSER Jean PU-PH Biochimie et biologie moléculaire

MOURIAUX Frédéric PU-PH Ophtalmologie

MYHIE Didier Professeur associé Médecine générale

NAUDET Florian PU-PH Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

ODENT Sylvie PU-PH Génétique

OGER Emmanuel PU-PH Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PARIS Christophe PU-PH Médecine et santé au travail

PERDRIGER Aleth PU-PH Rhumatologie

PESCHANSKY Nicolas Professeur Associé Médecine d'urgence

PLADYS Patrick PU-PH Pédiatrie

RAVEL Célia PU-PH Histologie, embryologie et cytogénétique

RENAUT Pierric Professeur associé Médecine générale

REVEST Matthieu PU-PH Maladies infectieuses ; maladies tropicales

RIFFAUD Laurent PU-PH Neurochirurgie

RIOUX-LECLERCQ Nathalie PU-PH Anatomie et cytologie pathologiques

ROBERT-GANGNEUX Florence PU-PH Parasitologie et mycologie

ROPARS Mickaël PU-PH Chirurgie orthopédique et traumatologique

SAINT-JALMES Hervé PU-PH Professeur Emérite au 01/12/2020 Biophysique et médecine nucléaire

SAULEAU Paul PU-PH Physiologie

SCHNELL Frédéric PU-PH Physiologie

SEGUIN Philippe PU-PH Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

SIPROUDHIS Laurent PU-PH Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOMME Dominique PU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SOULAT Louis Professeur associé Médecine d'urgence

SULPICE Laurent PU-PH Chirurgie viscérale et digestive

TADIE Jean Marc PU-PH Médecine intensive-réanimation

TARTE Karin PU-PH Immunologie

TATTEVIN Pierre PU-PH Maladies infectieuses ; maladies tropicales

THIBAULT Ronan PU-PH Nutrition

THIBAULT Vincent PU-PH Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

THOMAZEAU Hervé PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020 Chirurgie orthopédique et traumatologique

TORDJMAN Sylvie PU-PH Pédiopsychiatrie ; addictologie

VERHOYE Jean-Philippe PU-PH Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

VERIN Marc PU-PH Neurologie

VIEL Jean-François PU-PH Epidémiologie, économie de la santé et prévention

VIGNEAU Cécile PU-PH Néphrologie

VIOLAS Philippe PU-PH Chirurgie infantile

WATIER Éric PU-PH Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

WODEY Éric PU-PH Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRE-SSE-S DE CONFERENCE UNIVERSITAIRES

ALLORY Emmanuel MCF associé Médecine générale

AME Patricia MCU-PH Immunologie

AMIOT Laurence MCU-PH Hématologie ; transfusion

ANSELMi Amédéo MCU-PH Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ARNAUD Alexis MCU-PH Chirurgie infantile

BANATRE Agnès MCF associé Médecine générale

BASTIAN Benjamin MCF associé Médecine générale

BEGUE Jean Marc MCU-PH Physiologie

BERTHEUIL Nicolas MCU-PH Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

BROCHARD Charlène MCU-PH Physiologie

CABILLIC Florian MCU-PH Biologie cellulaire

CASTELLI Joël MCU-PH Cancérologie ; radiothérapie

CAUBET Alain MCU-PH Médecine et santé au travail

CHAPRON Anthony MCF Médecine générale

CHHOR-QUENIART Sidonie MCF associé Médecine générale

CORVOL Aline MCU-PH Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie DE

TAYRAC Marie MCU-PH Biochimie et biologie moléculaire

DEGEILH Brigitte MCU-PH Parasitologie et mycologie

DROITCOURT Catherine MCU-PH Dermato-vénéréologie

DUBOURG Christèle MCU-PH Biochimie et biologie moléculaire

DUGAY Frédéric MCU-PH Histologie, embryologie et cytogénétique

EDELINe Julien MCU-PH Cancérologie ; radiothérapie

FIQUET Laure MCF associé Médecine générale

GOUIN épouse THIBAUT Isabelle MCU-PH Hématologie ; transfusion

GUILLET Benoit MCU-PH Hématologie ; transfusion

JAILLARD Sylvie MCU-PH Histologie, embryologie et cytogénétique

KALADJI Adrien MCU-PH Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

KAMMERER-JACQUET Solène-Florence MCU-PH Anatomie et cytologie pathologiques

LAVENU Audrey MCF sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

LE GALL François MCU-PH Anatomie et cytologie pathologiques

LEMAITRE Florian MCU-PH Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MARTINS Pédro Raphaël MCU-PH Cardiologie

MENARD Cédric MCU-PH Immunologie

MICHEL Laure MCU-PH Neurologie

MOREAU Caroline MCU-PH Biochimie et biologie moléculaire

MOUSSOUNI Fouzia MCF Informatique

NYANGOH TIMOH Krystel MCU-PH Anatomie

PANGAULT Céline MCU-PH Hématologie ; transfusion

ROBERT Gabriel MCU-PH Psychiatrie d'adultes ; addictologie

TURLIN Bruno MCU-PH Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER épouse LORNE Marie-Clémence MCU-PH Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

ZIELINSKI Agata MCF Philosophie

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Dominique SOMME

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance pour votre accompagnement au cours de ce travail.

Monsieur le Professeur Marc CUGGIA

Vous avez immédiatement accepté de faire partie de ce jury. Je vous en remercie.

Monsieur le Professeur Didier MYHIE

Après ton enseignement en stage et notre collaboration au sein de ton cabinet, tu es présent pour clore ce parcours universitaire. Je t'en remercie.

Madame la Docteure Emilie Andres

Nous avons échangé sur nos pratiques entre paires puis tu as accepté de m'accompagner dans ce travail. Ton aide a été très précieuse. Je te remercie de ton soutien.

Madame la Docteure Marie COSTES

Tu as spontanément accepté de me diriger pour ce travail de thèse, tu m'as aidée à me poser les bonnes questions, tu m'as accompagnée et encouragée au cours de ce long chemin. C'était un plaisir de travailler ensemble. Merci.

Aux infirmières, cadres de santé, directrice et directeurs, et médecins qui ont accepté de participer aux entretiens, pour votre bienveillance et votre disponibilité, je vous remercie. Ce travail repose avant tout sur votre implication.

A Franck Dillinger, pour ton aide pour le codage et l'analyse de ces résultats, je te remercie.

Aux Docteur-e-s Jean-François Brun, Christine Pilard, Sandrine Chisloup, Benoit Caron, Christian Bourel, pour votre accompagnement constant et bienveillant et pour la découverte de cette belle spécialité, je vous remercie sincèrement.

A Alice, ma colocataire de cœur, pour les magnifiques années passées ensemble, pour ton soutien et ton intérêt au cours de ces longues études.

A Jean Marie et Joséphine, pour ces longues heures de révisions partagées, arrachages capillaires et fous rires, vous avez rendu belles ces années studieuses.

A Gwendoline et Antoine, pour votre amitié et votre présence, ces moments partagés sont précieux.

A Emilie et Simon, aussi colocataires sur le tard ! Merci de votre soutien toujours sans faille même au tout dernier moment. Et Emilie, pour ton aide généreuse et précieuse sur ce travail, je te remercie infiniment.

A Éric et Patou, pour votre générosité et votre accueil toujours si chaleureux je vous remercie de tout cœur.

A Maman, Papa, Sylvio, Titouan et Mamie, chère famille, votre soutien, votre présence, votre humour et votre amour constituent ma base.

A Jérémy, pour ton soutien inconditionnel de tous les instants, tu as toujours su me remotiver dans les moments plus difficiles. Je te remercie avec le cœur.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	11
2. Méthode	13
2.1. Contexte.....	13
2.2. Population de l'étude.....	13
2.3. Recueil des données.....	13
2.4. Analyse des données.....	14
3. Résultats	15
3.1. Caractéristiques des participants.....	15
3.2. « On ne reviendra pas en arrière ».....	15
3.2.1. Consensus.....	15
3.2.2. Modification des rapports sociologiques entre professionnels.....	15
3.2.3. Elargissement des perspectives de soin.....	17
3.2.4. Malgré des craintes en filigrane.....	17
3.3. Aspect « chronophage ».....	18
3.3.1. Lourdeur administrative.....	18
3.3.2. Obstacles techniques.....	18
3.3.3. Absence de cadre et de valorisation.....	19
3.4. Les absents des Focus Group.....	19
3.5. Les effets de la crise COVID-19.....	20
4. Discussion	21
4.1. Effets positifs de la télémédecine.....	21
4.2. Le revers de la médaille.....	22
4.3. Place des médecins généralistes.....	23
4.4. Perspectives.....	23
4.5. Forces et limites de l'étude.....	23
5. Conclusion	25
6. Bibliographie	26
Glossaire	28
Annexe 1 : Guides d'entretien	29
Annexe 2 : Formulaire d'informations	31
Annexe 3 : Caractéristiques des participants aux focus Group	32

1. Introduction

En France, comme dans beaucoup d'autres pays, les difficultés d'accès aux soins ont tendance à s'aggraver (1). Ces difficultés ont plusieurs causes, notamment l'évolution de la sociologie de la profession médicale (diminution du nombre de médecins généralistes par rapport au nombre de médecins spécialistes, modification du rapport au travail dans la société), la croissance de la démographie de la population et l'accroissement des inégalités sociales et territoriales (2). Les réponses à cette problématique sont multiples. Parmi elles, depuis une vingtaine d'années, le développement de la télémédecine est porté par les pouvoirs publics (3). En 2010, le Code de la santé publique (article L6316-1) définit la télémédecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé. » La télémédecine s'est diffusée progressivement et est entrée dans le droit commun avec la parution au Journal Officiel du 23 août 2018 de l'avenant 6 à la convention médicale (4). En 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie un guide pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise dans le but d'accompagner le déploiement de la télémédecine.

Avec la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, la pratique de la télémédecine a augmenté de façon spectaculaire. Au cours de la première vague de l'épidémie, 75% des médecins généralistes a proposé la téléconsultation alors que moins de 5% la pratiquait avant (5).

La télémédecine est considérée comme une opportunité pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), car elle constitue une piste d'amélioration des soins aux personnes âgées (6). Des études ont évalué la faisabilité (7) et l'impact (8) des téléconsultations en gériatrie : les résultats semblent montrer une amélioration de la qualité des soins. Des recherches effectuées en sociologie ont étudié les modifications des façons de travailler des professionnels, par le biais d'observations de terrain (9) ou d'entretiens semi-directifs (10). Ces travaux suggèrent un bénéfice pour les professionnels de santé impliqués, avec une amélioration de la coopération et de la transmission des connaissances entre les soignants. Une revue de la littérature, parue en 2018, met en évidence des obstacles au développement de la télémédecine (11). Ainsi, les bénéfices attendus de la télémédecine se confrontent aux réalités vécues par les professionnels de terrain, ce qui incite à étudier leur expérience de cette pratique.

L'objectif de cette étude est d'explorer les effets de la mise en place des téléconsultations en EHPAD sur les pratiques professionnelles, à travers le discours des différents acteurs impliqués.

2. Méthode

2.1. Contexte

En 2013, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne a émis un appel à projet pour développer une solution de télémédecine mutualisée. La Fédération Inter hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR), créée en 2012, était alors en cours de réflexion sur l'accès aux soins gériatriques des patients des établissements sanitaires et médico-sociaux. A partir de 2014, le projet de télémédecine de la FIGAR (TéléFIGAR) a permis de réaliser des téléconsultations entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, en tant qu'établissement requis, et des centres hospitaliers et EHPAD du territoire, en tant qu'établissements requérants. La mise en place et la pérennité d'un tel projet nécessitaient l'implication et la coordination de tous les professionnels travaillant autour des personnes âgées : médicaux, paramédicaux et administratifs. Afin de documenter leur expérience, nous avons mené une étude qualitative en focus group (FG).

2.2. Population de l'étude

La population cible était constituée des professionnels du réseau TéléFIGAR impliqués dans la mise en œuvre ou la réalisation des téléconsultations au sein des EHPAD : infirmiers, cadres de santé, directeurs et médecins coordonnateurs des établissements requérants, médecins traitants des résidents, et médecins spécialistes requis du CHU de Rennes. Les participants étaient recrutés sur la base du volontariat. Ils ont été invités à participer par un courriel décrivant succinctement le thème de l'étude et la forme des entretiens. En l'absence de réponse après une à deux relances, ils étaient considérés comme non participants.

2.3. Recueil des données

Le guide d'entretien (annexe 1) a été élaboré par le médecin directeur du programme TéléFIGAR, investigatrice principale de l'étude, une étudiante en médecine dans le cadre de sa thèse, « l'enquêtrice », et un membre du département de médecine générale (DMG) de la faculté de Rennes, extérieur à l'étude et non impliqué dans le projet TéléFIGAR, qui a animé les entretiens. Au cours des FG, le rôle de l'animatrice était de poser les questions ouvertes et de favoriser la participation et l'interaction des enquêtés. L'enquêtrice était présente en tant qu'observatrice et n'intervenait pas dans la discussion. L'investigatrice principale n'était pas présente. Les deux premiers FG ont été réalisés en présentiel dans un lieu neutre et au calme. Les deux suivants ont été organisés en visioconférence via le logiciel Zoom® en raison des mesures de distanciation sociale liées à la pandémie de COVID-

19. La pratique de la visioconférence commence à se développer dans la recherche qualitative, elle est considérée comme une solution utile en cas de frein au rassemblement physique des personnes (12). Un formulaire d'information concernant le traitement des données a été remis à chaque participant avant le début de l'entretien (annexe 2).

2.4. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés, intégralement retranscrits sous le logiciel Word®, et anonymisés. Les verbatims des entretiens ont été codés indépendamment par l'enquêtrice et un étudiant en thèse de médecine, extérieur à l'étude, permettant l'élaboration d'une grille d'analyse évolutive. Les premières analyses ont permis d'adapter le guide d'entretien au fur et à mesure. La triangulation des analyses à l'issue du travail de codage a permis de dégager les messages clefs dans une démarche se rapprochant de la théorisation ancrée (13).

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des participants

Des courriels ont été envoyés à 56 professionnels : 17 ont accepté de participer mais 4 d'entre eux ont dû annuler, 8 étaient intéressés mais indisponibles aux dates proposées, 2 n'étaient pas intéressés et 29 n'ont pas répondu. Certains professionnels ont diffusé l'invitation auprès de leurs collègues, permettant d'inclure 5 participants supplémentaires. Au total, l'échantillon était composé de 18 participants dont 4 infirmières, 3 cadres de santé, 4 directeurs, 1 psychologue, 3 médecins coordonnateurs et 3 médecins spécialistes. Ils ont été répartis en 4 groupes de 2 à 6 participants. La durée moyenne des entretiens était de 58 minutes (annexe 3).

3.2. « On ne reviendra pas en arrière »

3.2.1. Consensus

Au cours de tous les entretiens, les participants ont rapporté des bénéfices à la mise en place de la télémédecine au sein des établissements, pour eux-mêmes et pour les résidents. Les différents professionnels impliqués présents, quel que soit leur rôle au cours d'une téléconsultation, étaient unanimes et consensuels sur l'aspect prometteur du développement de la télémédecine.

« Il y avait une infirmière, le médecin, sa femme, une aide-soignante pour expliquer leur quotidien, ce qu'on ne peut pas faire s'il [le patient] va en consultation. » (P2FG1-infirmière)

« Ça nous a fait vraiment avancer plus vite dans les problèmes des résidents, ça nous a fait aller au fond des choses, ça nous fait avancer tous ensemble. » (P6FG3-cadre de santé)

« C'est vraiment une piste sérieuse pour le futur, je ne vois que des avantages. » (P2FG3-médecin spécialiste)

« Donc vraiment, voilà, on fera surtout pas machine arrière. » (P5FG2-cadre de santé)

Ils avaient même des idées sur la manière de développer cette nouvelle pratique : elle pourrait être utilisée pour la médecine générale, la médecine d'urgence, ou même la médecine du travail (pour les employés des EHPAD).

3.2.2. Modification des rapports sociologiques entre professionnels

Les téléconsultations ont permis de mettre en avant le rôle essentiel des soignants d'EHPAD dans l'accompagnement médical du résident. Les infirmières se sont senties davantage impliquées dans

l'ensemble de la stratégie diagnostique et thérapeutique : elles ont souvent été à l'initiative des téléconsultations. Elles y ont accompagné les résidents, ce qui leur a permis de donner des informations aux médecins et de recevoir directement des explications médicales. Elles ont également rapporté que les aides-soignantes apportaient des éléments supplémentaires enrichissants. Elles ont été valorisées professionnellement. Les directeurs et cadres ont souligné l'intérêt professionnel des soignants pour des postes plus attractifs avec des perspectives d'évolutions vers de plus grandes responsabilités.

La pratique de la télémédecine était vue comme une opportunité de formation : les cadres de santé ainsi que les médecins coordonnateurs ont décrit une montée en compétence des infirmières à différents niveaux : sur le plan médical, organisationnel et en termes de communication. Les infirmières ont également rapporté une transmission entre collègues, ce qui participe à la diffusion des connaissances. Dans certains cas, la participation aux téléconsultations a encouragé les infirmières à approfondir leurs connaissances en participant à des Diplômes Universitaires (DU).

« Et c'est vrai que je pense qu'elles ont été prendre de la compétence, et qu'elles diffusent auprès de leurs autres collègues. Ça c'est le vrai bénéfice. » (P1FG2-directrice)

Du côté des médecins requis, le fait d'évaluer les patients dans leur environnement et de pouvoir échanger directement avec les équipes leur donnait l'impression de gagner en précision dans leurs diagnostics et de faire des prescriptions plus adaptées et mieux appliquées.

« C'est vrai que l'équipe soignante a un rôle important et c'était l'occasion d'échanger et d'avoir vraiment leurs impressions pour pouvoir avoir une évaluation fiable par rapport aux modifications de traitement que je faisais. » (P2FG3-médecin spécialiste)

Les professionnels impliqués ont ainsi ressenti qu'une coopération se développait, faisant émerger l'idée d'un « réseau de soignants ». Cette nouvelle façon de travailler nécessitait une implication pluriprofessionnelle, ce qui a favorisé la coordination au sein même des équipes.

« La télémédecine participe aussi au rapprochement des deux univers médico-social et sanitaire : ça renforce les liens entre les établissements, une meilleure coopération permet toujours de proposer un accompagnement de qualité aux résidents. » (P2FG2-directeur)

3.2.3. Elargissement des perspectives de soin

L'offre de soin a été élargie au sein des EHPAD avec l'organisation de téléconsultations qui n'existaient pas en présentiel.

« Autant dire qu'en ophtalmo si on n'avait pas la télé ophtalmo, il y a beaucoup de résidents qui ne verraient pas l'ophtalmo. » (P1FG2-directrice)

« Enfin moi j'ai vu des choses formidables : des gens qui étaient tout tordus dans leur fauteuil, et qui, avec une assise moulée, [...] vont retrouver quelque chose de beaucoup mieux, et ça on l'aurait pas fait si on n'avait pas eu la téléconsultation. » (P1FG4-médecin coordonnateur)

Cet accès au soin facilité a encouragé les soignants à formuler plus de demandes d'avis et leur a donné l'impression d'avoir renforcé le suivi des résidents.

« La facilité d'accès à certaines téléconsultations nous fait aller beaucoup plus loin dans l'analyse. En fait on n'hésite pas, [...] on consulte un professionnel. On ne sait pas quoi faire : on prend avis auprès d'un [chirurgien] vasculaire, auprès d'un dermato. On a un trouble du comportement pour lequel notre accompagnement n'est pas efficient, n'arrive pas à gérer les troubles, à apaiser le résident : [...] pourquoi pas la téléconsultation ? » (P6FG3-cadre de santé)

3.2.4. Malgré des craintes en filigrane

Les différents acteurs de la télémédecine en EHPAD ont souligné que la relation médecin-patient devait rester privilégiée dans une démarche de soin centrée sur le bénéfice du patient. Ils ne souhaitent pas voir la télémédecine se développer au détriment de la consultation en présentiel.

« Je pense aussi que la crise du COVID a permis de donner un gros coup d'accélérateur à cette forme complémentaire de médecine. Je ne dirais pas nouvelle mais complémentaire parce que ça ne remplacera jamais totalement la consultation en présentiel, et c'est pas l'objectif non plus. (P3FG3-médecin spécialiste)

- C'est bien de le rappeler. (P4FG3-médecin spécialiste) »

« La télémédecine doit rester un plus, c'est-à-dire que la télémédecine ne doit pas compenser un moins, et ça c'est important. » (P1FG2-directrice)

Cependant, la crainte de la désertification médicale et des difficultés d'accès aux soins a poussé certains directeurs à s'intéresser à l'utilisation de dispositifs connectés, en vue d'augmenter les compétences internes aux EHPAD. La téléexpertise était également vue par certains comme une

piste à développer pour le suivi des résidents : elle permettait de gagner en fluidité et en rapidité par rapport à la téléconsultation. Mais un médecin spécialiste y voyait un risque de dérive vers une perte de qualité de soin.

« La téléexpertise c'est une caricature. [...] Moi je ne prends pas une décision sur photo. Parce que je ne soigne pas des plaies, je soigne des gens donc si je n'ai pas un minimum d'information clinique je ne prends pas de décision. » (P4FG3-médecin spécialiste)

3.3. Aspect « chronophage »

3.3.1. Lourdeur administrative

Les participants aux entretiens étaient unanimes sur l'aspect « chronophage » des demandes de téléconsultation. Ils ont notamment reproché la lourdeur administrative des démarches, avec une redondance des informations demandées, et un manque d'harmonisation des protocoles entre les différentes structures requises.

« Le poids administratif : c'est sûr que devoir imprimer un dossier pour le retranscrire à la main pour le rescanner puis l'envoyer par mail pour qu'il soit réimprimé et mis sur DXCare, ça semble juste aberrant au XXIème siècle. » (P3FG3-médecin spécialiste)

3.3.2. Obstacles techniques

Les participants ont été confrontés à des difficultés techniques : la mise en place des téléconsultations nécessitait des compétences informatiques qui pouvaient manquer à certains professionnels. Par ailleurs, la qualité des échanges numériques dépendait d'un matériel performant ; des téléconsultations ont parfois dysfonctionné à cause de problèmes de connexion, de son ou d'image. Les plateformes dédiées à la télémédecine avaient l'avantage de sécuriser les données mais les interfaces étaient complexes et peu intuitives, ce qui était vu comme une perte de temps pour les équipes.

« Alors que des outils comme WhatsApp®, qui sont certes, pas aussi sécurisés, mais là c'est simple, on prend la photo, on l'envoie et basta, c'est très simple d'utilisation. Alors pour la télémédecine, il faudrait qu'on puisse avoir des outils sécurisés certes, mais qui soient aussi simples d'utilisation que ça. » (P6FG2-directeur)

3.3.3. Absence de cadre et de valorisation

La mise en place des téléconsultations est venue s'ajouter au fonctionnement préexistant des EHPAD. Ceci a engendré des difficultés d'organisation : il a fallu s'adapter, pour les soignants requérants comme pour les médecins requis, aux disponibilités de chacun. Au niveau des EHPAD, la pérennité de la télémédecine reposait sur l'investissement et la motivation des équipes. Plusieurs participants ont pointé un risque d'épuisement en l'absence de mise en place d'un modèle organisationnel.

« Honnêtement il fallait en vouloir parce que je pense que si cadres de santé, directeurs, puis les infirmières aussi, qui étaient partie prenante, avaient baissé les bras, ça aurait été compliqué. »
(P2FG2-directeur)

La question du financement est revenue dans tous les entretiens : les directeurs d'EHPAD ont souligné le rôle de l'appel à projet de l'ARS avec la mise en place d'un forfait requérant initial. Cette subvention a permis de lancer la dynamique de télémédecine en finançant le matériel et le temps dédié infirmier, mais ce dispositif n'a pas perduré. Les participants se sont posé la question de la pérennité de la télémédecine à l'arrêt du financement ; ils étaient unanimes sur la nécessité de maintenir du temps infirmier dédié au sein des établissements.

« Cette nouvelle pratique, je pense, pour qu'elle puisse être pérenne et véritablement prendre son essor, il faut qu'il y ait un modèle organisationnel et économique qui suive. » (P6FG2-directeur)

3.4. Les absents des Focus Group

Aucun médecin généraliste n'a participé à cette étude malgré les courriels d'invitation envoyés à 16 praticiens dont les patients avaient bénéficié de téléconsultation. La plupart d'entre eux n'a pas répondu, deux médecins ont décliné car ils ne se sentaient pas légitimes pour participer, en raison d'un manque d'expérience ressenti, un médecin était intéressé mais indisponible aux dates proposées. Selon les participants présents, ils étaient globalement peu impliqués dans le processus de télémédecine. Les professionnels des EHPAD ont rapporté des réactions diverses des médecins traitants lorsqu'ils proposaient une téléconsultation. Certains exprimaient un refus net :

« L'autre jour j'ai parlé à un médecin traitant pour avoir une téléconsultation dermato, c'était non direct : «la télémédecine c'est pas bien». » (P1FG1-infirmière)

D'autres acceptaient malgré leur réticence initiale :

« Au début je pense que les médecins avaient quand même un peu de mal parce qu'ils aiment bien les trucs à l'ancienne, la consultation, le courrier [...]. Puis maintenant ils y viennent quand même, c'est mieux qu'avant. » (P5FG2-cadre de santé)

Un médecin coordonnateur regrettait l'absence des médecins traitants au cours des téléconsultations en raison de la compétence qu'ils pourraient apporter lors de l'échange avec le médecin spécialiste.

« En effet dans des situations comme la neuro, c'est un peu plus compliqué, c'est sûr : le soignant ne va pas forcément donner les renseignements dont a besoin le ou la neurologue. » (P4FG4-médecin coordonnateur)

Une autre conséquence de l'absence de médecin généraliste concernait les prescriptions médicales faites en téléconsultations : certains médecins spécialistes formulaient des prescriptions orales qui n'étaient pas signées par les médecins généralistes. Les soignants se sont trouvés en difficulté pour mettre en œuvre ces prescriptions et les directeurs et cadres soulignaient un problème de responsabilité.

3.5. Les effets de la crise COVID-19

Au cours des entretiens, les participants ont évoqué spontanément les effets de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 sur la pratique de la télémédecine : les consultations à distance permettaient d'éviter les contacts physiques et les tests de dépistage ou périodes d'isolement qui en découlaient pour les résidents. Dans les établissements où la dynamique télémédecine était bien installée, les professionnels ont vu cette pratique s'intensifier, ce qui était perçu comme bénéfique pour les résidents.

« On a des résidents qui ont des problèmes psychiatriques et qui du coup ont été très déstabilisés par la période de confinement ; et le suivi psychiatrique a pu vraiment être suivi voire intensifié dans cette période compliquée. » (P6FG2-directeur)

Au contraire, si la pratique débutait, elle a eu plutôt tendance à se ralentir car les équipes avaient d'autres priorités à gérer.

« C'est pas rodé, c'est le début. Il faut qu'on s'y remette aussi, [...] parce que c'est vrai qu'avec tout ce qui s'est passé on n'y était plus trop... » (P2FG1-infirmière)

4. Discussion

Cette enquête, réalisée auprès des professionnels impliqués dans la mise en œuvre de la télémédecine en EHPAD, met en évidence un consensus sur le caractère globalement positif de l'expérience. Ils y trouvent un bénéfice pour leur pratique professionnelle, quel que soit leur corps de métier, et la jugent positive pour les résidents. Les difficultés et revendications exprimées visent à augmenter la diffusion de la télémédecine sans la remettre en question. Un des résultats marquants de cette étude est la faible adhésion des médecins généralistes, exprimée notamment par leur non-participation à cette étude.

4.1. Effets positifs de la télémédecine

La mise en place des téléconsultations au sein des EHPAD contourne les écueils de la prise en charge médicale classique des résidents (14). Les personnes âgées dépendantes, parfois porteuses de troubles cognitifs, doivent se plier à un parcours de soin basé sur l'autonomie et la mobilité de l'usager. Ce manque d'adaptation du système de santé entraîne un renoncement aux soins. En téléconsultation, le résident retrouve le confort de son environnement et bénéficie de l'accompagnement d'un soignant qui le connaît. Le soignant, de son côté, trouve une place légitime au sein de cette consultation à trois voix : il apporte des informations supplémentaires au médecin, reçoit des explications et assure un accompagnement du résident au décours de l'acte. Ainsi, la télémédecine optimise le soin pour le résident et valorise le travail du soignant. Par ailleurs, les directeurs ont souligné que cette pratique rapprochait les secteurs, permettait des échanges directs et améliorerait l'interconnaissance entre professionnels. Ainsi, les téléconsultations créent un « pont » entre les établissements médico-sociaux et sanitaires (6).

L'engouement des équipes soignantes pour cette pratique peut s'expliquer par une mise en valeur de leurs compétences qui sont souvent mal reconnues au sein du système de soin et par les usagers (15). La visibilité qu'elles acquièrent en participant activement aux téléconsultations pourrait leur permettre de renforcer leur position dans l'organisation du système de soins.

Les résultats mettent en évidence un consensus sur le bénéfice de la télémédecine. Cependant, dans le cadre de FG, cette notion de consensus est à interpréter avec prudence : il s'agit probablement d'une construction liée au contexte des FG, aux interactions entre les participants et à la posture du

modérateur plus que de réels d'avis individuels (16). Pour valider le consensus, des entretiens individuels pourraient être menés auprès des différents professionnels (17).

4.2. Le revers de la médaille

Au cours des différents entretiens, le terme « chronophage » est revenu à plusieurs reprises. Or ce qui était considéré comme chronophage était lié à l'ensemble des démarches administratives préalables à la téléconsultation, c'est-à-dire sans lien direct avec le soin au patient. Ce constat évoque le concept de « dirty work » : un ensemble de tâches considérées comme un fardeau que les professionnels souhaiteraient déléguer à d'autres (18). Ces tâches administratives étaient considérées comme un surplus de travail et engendraient des difficultés d'organisation. En effet, l'analyse des résultats a mis en évidence le manque de cadre organisationnel pour la pratique de la télémédecine en EHPAD, ce qui est conforme avec la littérature déjà existante (9). L'innovation dans le domaine de la santé est une problématique complexe du fait de la multiplication des interventions et des intervenants interconnectés (19). Une étude montre que la mise en œuvre de programmes innovants est plus efficace lorsque les équipes sont encadrées (20). L'élaboration d'un modèle organisationnel devrait s'inspirer du vécu des professionnels de terrain pour assurer l'efficacité du dispositif.

D'autre part, alors qu'il existe un modèle économique pour les professionnels de santé en libéral, il n'y a pas de financement du temps soignant pour mettre en œuvre la télémédecine pour les établissements médico-sociaux (21). Les directeurs et médecins coordonnateurs ont souligné à plusieurs reprises leurs inquiétudes quant à la pérennité des téléconsultations en l'absence de financement dédié.

Alors que la télémédecine est perçue comme une solution aux difficultés d'accès aux soins en EHPAD, il existe de nombreux obstacles au développement de cette pratique, notamment sur la plan technique (11), avec un risque de téléconsultations de mauvaise qualité. Les réflexions des participants sur leur volonté de « ne pas remplacer le présentiel » ou « ne pas compenser un moins » suggèrent qu'ils pourraient craindre cette dérive, voire même qu'ils l'ont déjà vécue, et qu'ils cherchent à influencer ce que l'enquêtrice entend (22). En effet, lors des entretiens, les sujets tabous peuvent générer des non-dits et l'information peut être partiellement occultée (23). Ainsi, l'attrait d'une démarche qui semble efficace et rentable pourrait finalement mener à une dégradation de la qualité des soins.

4.3. Place des médecins généralistes

Le modèle actuel place le médecin traitant comme intervenant de premier recours pour la prise en charge au long cours des résidents ainsi que pour la gestion des soins non programmés (24). Mais la désertification médicale inquiète dans les EHPAD car les médecins généralistes sont de moins en moins accessibles. Alors même qu'ils sont identifiés comme médecins référents pour leurs patients résidents en EHPAD (25), il ressort une absence globale d'implication de leur part dans la mise en place des téléconsultations. Des études ont évalué le ressenti des médecins généralistes face à la télémédecine : les résultats montrent une réticence des praticiens, qui craignent une altération des relations patient-médecin (26) et la perte de leur autonomie professionnelle (27).

Ainsi, si la télémédecine semble rapprocher les secteurs médico-sociaux et hospitaliers, elle pourrait éloigner les EHPAD du secteur sanitaire ambulatoire. Certains participants semblaient voir dans le développement des téléconsultations, de la téléexpertise et l'acquisition de dispositifs connectés un moyen de compenser la difficulté d'accès aux médecins généralistes. Ce phénomène de numérisation de la santé ne devrait pas se faire au détriment du soin de proximité par les praticiens de premier recours, qui devraient rester les pivots de la prise en charge coordonnée des résidents d'EHPAD.

4.4. Perspectives

Les résultats indiquent que la pratique des téléconsultations permet une montée en compétence et en autonomie des soignants d'EHPAD. Actuellement, la formation en soins infirmiers évolue, avec l'apparition des infirmiers en pratique avancée (IPA). Leur rôle est d'assurer le suivi des pathologies chroniques stabilisées en renouvelant et adaptant le traitement. Leur pratique sera coordonnée avec le médecin traitant dans une dynamique de travail interprofessionnel (28). L'arrivée dans les EHPAD des IPA est donc une piste intéressante pour développer les compétences internes aux établissements. Une réflexion plus globale sur l'organisation des soins dans les EHPAD et leur ancrage au sein des territoires paraît indissociable des missions des maisons de santé, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et autres dispositifs de proximité.

4.5. Forces et limites de l'étude

Cette étude repose sur la réalisation de 4 FG indépendants, ayant permis de recueillir l'avis de professionnels de plusieurs corps de métiers. Ces professionnels, aux expériences nécessairement

différentes liées à leur position différente au cours de l'acte de télémedecine, ont exprimé des points de vue globalement convergents, ce qui donne de la force aux résultats.

Une limite de l'étude concernait le recrutement des participants. Les professionnels du réseau TéléFIGAR ont été invités par courriels, ce qui a sélectionné des participants motivés par la pratique de la télémedecine. Ils avaient donc naturellement tendance à la promouvoir. Une autre limite concernait la répartition des participants dans les FG. Le contexte sanitaire de l'automne 2020 a entraîné des difficultés d'organisation de travail au sein des EHPAD, ce qui a provoqué des annulations et des reports de participation aux entretiens. C'est pour cette raison que le premier FG s'est déroulé avec seulement deux participantes et que la répartition des professionnels était hétérogène au sein des troisième et quatrième FG. Cette hétérogénéité a pu nous faire passer à côté de l'expression spécifique des corps de métiers.

5. Conclusion

Après une implantation réussie auprès des primo-adoptants enthousiastes, l'enjeu pour que la télémédecine en EHPAD devienne un soin courant sera de mieux étudier les barrières à la participation des médecins généralistes, afin de pouvoir élaborer les contours d'une politique ambitieuse permettant le meilleur accès au soin possible aux résidents d'EHPAD, qui ne soit pas uniquement dépendante d'un contexte épidémique ponctuel.

6. Bibliographie

1. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. DREES, Etudes et Résultats 2011;764:8.
2. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES 2021;76.
3. Simon P, Acker D (Conseillers généraux des établissements de santé). Rapport : la place de la télémédecine dans l'organisation des soins. Paris, 2008 ; Commandité par le ministère de la santé et des sports.
4. Ministère des solidarités et de la santé. 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. JORF n°0183 du 10 août 2018, texte n° 16.
5. Monziols M, Chaput H. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. DREES, Etudes Résultats 2020 1162:4.
6. Salles N. Télémédecine en EHPAD: Les clés pour se lancer. Brignais : Le Coudrier; 2017.
7. Edirippulige S, Martin-Khan M, Beattie E, Smith AC, Gray LC. A systematic review of telemedicine services for residents in long term care facilities. J Telemed Telecare 2013;19(3):127-32.
8. Salles N, Baudon M-P, Caubet C, Dallay F, Chaleuil M, Magne S, et al. Consultation de télémédecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres. Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine 2013;2(3):93-100.
9. Esterle L, Mathieu-Fritz A. Teleconsultation in geriatrics: impact on professional practice. Int J Med Inf 2013;82(8):684-95.
10. Abraham M, Langlois E. Téléusages - Freins et leviers à l'appropriation de la télémédecine en EHPAD. [Centre Emile Durkheim]: Université de Bordeaux; 2016.
11. 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 2018;24(1):4-12.
12. Irani E. The Use of Videoconferencing for Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges, and Considerations. Clin Nurs Res 2019;28(1):3-8.
13. Glaser BG, Strauss AA. La découverte de la théorie ancrée: Stratégies pour la recherche qualitative. Malakoff: Armand Colin; 2010
14. Mathieu-Fritz A, Smadja D, Espinoza P, Esterle L. Télémédecine et gériatrie. Gerontol Soc 2012; 35(141):117-27.
15. Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession : public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. J Adv Nurs 2014;70(2):295-309.
16. Lehoux P, Poland B, Daudelin G. Focus group research and "the patient's view". Soc Sci Med 2006;63(8):2091-104.
17. Kitzinger J. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. Sociol Health Illn 1994;16(1):103-21.

18. Hughes EC. Social Role and the Division of Labor. *Midwest Sociol* 1956;18(2):3-7.
19. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323(7313):625-8.
20. Glover WJ, Nissinboim N, Naveh E. Examining innovation in hospital units : a complex adaptive systems approach. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):554.
21. Balmy E, Morel X, Brajard N, et al. Le déploiement de la télémédecine : enjeux, freins, leviers. L'exemple du cas breton. *Module interprofessionnel de santé publique EHESP* 2018;groupe n°14
22. Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N. Qu'est-ce que les focus groups? *Bull Psycho* 2004;57(3) :237-43.
23. Haas V, Masson E. La relation à l'autre comme condition à l'entretien. *Cah Int Psychol Soc* 2006; 71(3):77-88.
24. Costes M, Somme D. Gestion des soins non programmés en EHPAD. *Rev Gériatrie* 2018; 43(6):357-68.
25. Code de la santé publique. Article L4130-1 Créé par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n°0167 du 22 juillet 2009, texte n°1.
26. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. *Sante Publique* 2016;28(4):487-97.
27. MacNeill V, Sanders C, Fitzpatrick R, Hendy J, Barlow J, Knapp M, et al. Experiences of front-line health professionals in the delivery of telehealth: a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2014;64(624):401-7.
28. DGOS. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'infirmier en pratique avancée. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee> [consulté le 10 avril 2021].

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FG : Focus Group

FIGAR : Fédération Inter hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Infirmier·ère en Pratique Avancée

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretien

Focus Group 1

1^{ère} question (brise-glace) :

Pouvez-vous nous raconter une téléconsultation que vous avez vécue : de la mise en place à sa réalisation ?

Qui demande, comment ça s'organise, qui est impliqué dans le processus, comment ça se passe pendant l'acte...

2^{ème} question :

Quelles modifications avez-vous constatées en termes de coordination entre professionnels ?

3^{ème} question :

Quels sont les points positifs de la téléconsultation par rapport aux consultations classiques pour vous ?

4^{ème} question :

Que pensez-vous que la télémédecine puisse vous apporter dans votre pratique quotidienne ?

Formation, compétence, valorisation, intégration dans les prises en charge

5^{ème} question :

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées avec les téléconsultations ?

6^{ème} question :

Selon vous, quels sont les obstacles au développement de la télémédecine au sein de votre établissement ?

Question finale :

A titre personnel, que pensez-vous de la télémédecine ?

Focus Group 2

1^{ère} question :

Pourriez-vous décrire les étapes de la mise en place de la télémédecine dans votre EHPAD ?

De l'idée à la réalisation

1bis : Quelles étaient vos motivations pour mettre en place la télémédecine dans votre établissement ?

2^{ème} question :

Quels sont les points positifs de la téléconsultation par rapport aux consultations classiques ?

3^{ème} question :

Quelles modifications avez-vous constatées dans la façon de travailler de vos équipes ?

Rapports entre différents acteurs, relations, organisation

3bis : Que pensez-vous que la télémédecine puisse apporter à vos équipes ?

4^{ème} question :

Quels sont les obstacles au développement de la télémédecine au sein de votre établissement ?

Question finale :

A titre personnel, que pensez-vous de la télémédecine ?

Focus Group 3 et 4

1^{ère} question :

Quelles étaient vos motivations pour participer à l'activité de téléconsultations ?

2^{ème} question :

Quels sont les points positifs de la téléconsultation ?

3^{ème} question :

Quelles modifications avez-vous constatées dans votre façon de travailler ?

Rapports entre différents acteurs, relations, organisation

4^{ème} question :

Quels sont les difficultés rencontrées au cours des téléconsultations ?

Question finale :

A titre personnel, que pensez-vous de la télémédecine ?

Annexe 2 : Formulaire d'informations

Madame, Monsieur,

Vous participez au protocole de recherche intitulé « Regards croisés sur la télémédecine en EHPAD : enquête auprès des directeurs d'EHPAD, médecins et infirmiers référents sur la mise en place de téléconsultations dans les EHPAD du territoire rennais ». Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Objectifs de l'étude

Ce travail a pour objectif principal d'étudier l'effet de la télémédecine sur les pratiques professionnelles, en termes de communication, de coordination pluriprofessionnelle et de formation. L'objectif secondaire est la recherche de difficultés susceptibles de freiner le développement de la télémédecine en EHPAD.

Partenaires et acteurs

Etude réalisée sous la direction de : Docteur Marie COSTES, médecin généraliste exerçant en gériatrie, pilote du projet de télémédecine gériatrique du CHU de Rennes (TELEFIGAR)

Investigateur : Lou CADY

Animatrice de focus groupes : Docteur Emilie ANDRES, assistante universitaire au département de médecine générale de la faculté de médecine de Rennes.

Contraintes et désagréments

L'étude présente des contraintes et risques minimes : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment. La durée des entretiens est estimée à 1h30, mais elle peut varier selon vos contraintes temporelles et les éléments que vous souhaitez exprimer.

Traitement des informations

Les entretiens seront enregistrés et filmés ; ils feront l'objet d'une retranscription intégrale puis d'une analyse de contenu, à l'aide des logiciels N'Vivo et Word.

Les enregistrements et films seront détruits après retranscription des entretiens. Toutes les données seront anonymisées, et aucun fichier permettant de relier les données recueillies à l'interviewé ne sera conservé. Les données personnelles ne seront pas collectées. Après analyse, les résultats, anonymes, serviront à la rédaction de documents de recherche et pourront faire l'objet de publications scientifiques.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi N°78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 Août 2004), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition relatif au traitement de vos données personnelles.

Ces droits s'exercent auprès de Lou CADY.

Cordialement,

Mme Lou CADY

Docteur Marie COSTES

Annexe 3 : Caractéristiques des participants aux focus Group

	Durée (min)		Sexe	Age	Profession
FG1	40	P1	F	35	IDE
		P2	F	27	IDE
FG2	80	P1	F	38	directeur
		P2	H	63	directeur
		P3	F	54	cadre
		P4	H	42	directeur
		P5	H	60	cadre
		P6	H	40	directeur
FG3	58	P1	F	30	psychologue
		P2	F	48	médecin spécialiste
		P3	H	32	médecin spécialiste
		P4	H	?	médecin spécialiste
		P5	F	28	IDE
		P6	F	33	cadre
FG4	54	P1	F	64	médecin coordonnateur
		P2	F	27	IDE
		P3	F	49	médecin coordonnateur
		P4	H	66	médecin coordonnateur

FG : Focus Group ; P : Participant ; F : Femme ; H : Homme ; IDE : Infirmière diplômée d'état

CADY Lou – Regards croisés sur la télémédecine en EHPAD : enquête auprès des professionnels impliqués sur la mise en place des téléconsultations dans les EHPAD du territoire rennais.

32 feuilles, 1 tableau, 30 cm. - Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2021 ; N° .

Résumé français

Introduction. La pratique de la télémédecine en EHPAD est une solution pour améliorer la qualité des soins aux résidents. Son application semble également bénéfique pour les professionnels impliqués mais se heurte à des obstacles. L'objectif de cette étude est d'explorer les effets de la mise en place des téléconsultations en EHPAD sur les pratiques professionnelles des acteurs impliqués.

Méthode. Une étude qualitative en focus group a été menée auprès des professionnels impliqués dans la mise en place des téléconsultations. Les données ont été analysées selon une démarche inductive se rapprochant de la théorisation ancrée.

Résultats. Les 18 participants inclus étaient unanimes et consensuels sur les bénéfices de la télémédecine, mais ils pointaient des difficultés entravant sa diffusion efficace. Aucun médecin généraliste n'a participé à cette étude, ce qui reflétait leur réserve quant à cette pratique.

Conclusion. La télémédecine est plébiscitée par les équipes des EHPAD et les médecins requis, mais il existe des freins à la participation des médecins généralistes, qui devront être étudiés dans le but d'optimiser la coordination des soins des résidents d'EHPAD.

Abstract

Introduction. The practice of telemedicine in nursing home is a way to improve the care quality for residents. Its application also appears to be beneficial for the professionals involved but comes up against obstacles. The objective of this study is to explore the effects of the implementation of teleconsultations in nursing homes on professional practices of involved actors.

Methods. A qualitative focus group study was carried out with professionals involved in the setting-up of teleconsultations. The data were analyzed according to an inductive process, in a perspective of grounded theory.

Results. The 18 participants included were unanimous and consensual about the benefits of telemedicine, but they pointed out difficulties hampering its effective dissemination. No general practitioner participated in this study, reflecting their reservations about this practice.

Conclusion. Telemedicine is acclaimed by nursing home teams and specialists, but there are obstacles to the participation of general practitioners, which should be studied in order to optimize the care coordination for nursing home residents.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Télémédecine, EHPAD, Innovation, Médecine générale

Mots-clés anglais MeSH : Telemedicine, Nursing home, Innovation, General practice

Président : Monsieur le Professeur Dominique Somme

JURY :
Asseseurs :
Mme la Docteure Marie Costes
M le Professeur Marc Cuggia
M le Professeur Didier Myhié
Mme la Docteure Emilie Andres