



HAL
open science

Télémédecine en EHPAD : accueil et propositions des médecins généralistes

Sandra Noel

► **To cite this version:**

Sandra Noel. Télémédecine en EHPAD : accueil et propositions des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03580060

HAL Id: dumas-03580060

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03580060>

Submitted on 16 Nov 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.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2021

N°2021-256

**TELEMEDECINE EN EHPAD : ACCUEIL ET PROPOSITIONS DES
MEDECINS GENERALISTES**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 14/12/2021

Par **SANDRA NOEL**

Née le 09 novembre 1992 à Beauvais (Oise).

Président du jury : Monsieur le Professeur BLOCH Frederic

Membre du jury : Madame le Docteur PIERRE DUVAL Pauline

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur TREHOU Philippe

Remerciements

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du service de Gériatrie

Merci pour votre présence et pour la rapidité de réponse que vous avez su m’apporter. Vous me faites l’honneur de présider ce jury, merci.

À mon juge, Madame le Docteur Pauline PIERRE DUVAL,

Maître de Conférence Associé

Département de Médecine Générale

Après avoir participé à ma formation dans le cadre d’un stage SASPAS, vous me faites le plaisir de faire partie de mon jury de thèse.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Philippe TREHOU,

Médecin Généraliste

Vous avez tout de suite accepté d’être à mes côtés dans ce travail. Votre regard avisé sur mon travail d’écriture a permis de faire grandir cette thèse.

Merci également à :

- L'URPS des Hauts de France pour leur aide ainsi que leur disponibilité. Ils m'ont aidé à recruter des médecins pour mes entretiens individuels. Leur soutien et leur disponibilité malgré les conditions sanitaires m'ont guidé durant tout le processus de recrutement de ce travail.
- A l'ensemble des médecins et maîtres de stage qui m'ont accueilli dans leur cabinet, chaque stage était mémorable, et m'a appris la réalité du métier de médecin généraliste.
- A mes différents chefs de service, rencontrés au cours des stages hospitaliers, au CHU et en périphérie à l'hôpital de Beauvais, de Corbie, ou encore d'Abbeville : merci. J'ai eu la chance d'avoir des stages très divers, dont je suis sortie grandie.
- A mes co internes, notamment Paul, grâce à qui j'ai pu rencontrer le Dr Trehou.
- A mes co externes, partenaires de galères parfois mais surtout partenaires de révisions, de rires, de soirées.
- Aux différentes équipes paramédicales, notamment l'équipe paramédicale des urgences du centre hospitalier d'Abbeville, avec qui j'ai partagé des gardes de 24 heures mémorables !
- Gauthier, mon futur mari, ma moitié, nous nous sommes rencontrés alors que j'étais encore au lycée, tu savais dans quelle voie j'allais, tu savais que les révisions me prendraient du temps, et tu m'as promis de me soutenir jusqu'au bout. Et malgré le stress la veille d'un partiel, le stress la veille du concours, les sautes d'humeur, les heures de révisions en écoutant (et chantant) du Rihanna, tu n'as jamais manqué à ta promesse. Merci, je t'aime.
- Mathis, ta présence éclaire ma vie au quotidien, et la remplit de joie. Sans être objective du tout, tu es LE petit garçon le plus merveilleux au monde ! Chaque jour, tu nous épates par ton langage, ton intelligence, tout ce qui fait de toi le petit garçon extraordinaire que tu deviens. Je t'aime.

- Gabin, j'ai finalisé l'écriture de cette thèse pendant ma grossesse, durant laquelle tu étais très actif ! Tu es arrivé ce 30 août 2021, pour notre plus grande joie. Te voir au quotidien, si souriant, si agréable, c'est un vrai bonheur. Je t'aime.
- À mes parents, qui m'ont soutenu dès le début, dès que je leur ai annoncé mon rêve de devenir, un jour, médecin. Sans vous, le parcours aurait été beaucoup plus difficile. Je sais ce que cela représente pour vous, et vous rendre fiers était une motivation tout au long de mes révisions. Merci.
- À mes beaux-parents, qui portent si bien leur nom, un soutien sans faille dès le début également, j'ai tellement de chance de vous avoir. Tellement d'instantanés partagés au foot, chez vous, au restaurant, en vacances, au camping, et maintenant dans le Lot. Merci pour tout.
- À mon frère, ma belle sœur et mes trois nièces, loin des yeux depuis peu mais toujours aussi près de mon cœur.
- À mon beau-frère, et ma future belle-sœur, des soutiens, des membres si importants de ma famille, toujours présents pour mes fils, la prunelle de mes yeux. Je vous souhaite d'être les plus heureux dans votre magnifique maison.
- À toute ma belle-famille, les anniversaires, les repas en famille du dimanche pendant les révisions, tous ces moments partagés étaient pour moi de véritables bouffées d'oxygène, merci ! Vous m'avez tous sans exception soutenu, et encouragé à chaque étape, à chaque période de partiels. Je tiens à remercier particulièrement Thibault, Coralie, Maëline et mon filleul Raphaël, ainsi que Rémy. Les cousins de ma moitié, mais, en réalité, bien plus que ça !
- À mes amis rencontrés dans ce parcours des études de médecine, qui sauront se reconnaître, merci d'avoir croisé mon chemin et d'avoir embelli ces années d'études. C'est la fin d'un parcours universitaire, mais l'amitié elle ne s'arrête pas, loin de là ! Je pense tout particulièrement à Perrine, ma future témoin, toute jeune maman partie faire son internat dans l'Est, je suis fière de toi, ta détermination a payé, bravo ; Léa, ma future témoin, partenaire de soirée, de révisions, de restaurants, merci d'être à mes côtés, tes conseils sont précieux à mes yeux ; Fatim Zahra, amies depuis le pré-externat, toi et ta joie de vivre, ta simplicité, je suis fière d'être ton amie ; Céline, Claire, Clémence, ... Merci d'avoir été là !

- À mes amis, rencontrés au lycée et après, merci de faire partie de ma vie, et de participer grandement à mon équilibre, il y a les amis, et les amis qui deviennent la famille ! Pas vrai tata Élora ? Ma sœur de cœur, tu sais à quel point tu comptes pour moi. Tu m'as aidé par tes conseils et ta franchise, dans plusieurs étapes de ma vie, merci d'être qui tu es, je te souhaite tout le bonheur que tu mérites !
- Aux copains des copains, et aussi aux collègues de ma moitié : la Team Cuisinella Amiens, merci de m'avoir fait rire et parler d'autre chose que de médecine ! (Quoi que ...).
- À tous ceux qui ont croisé ma route dans ce parcours d'étude, long mais, qui en valait tellement la peine.

Abréviations / Glossaire

AGGIR : grille nationale d'évaluation GIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

ARS : Agence Régionale de la Santé

AS : Aide-Soignant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMP : Dossier Médical Partagé

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospitalisation A Domicile

HDF : Hauts-De-France

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MG : Médecin Généraliste

PDF : Portable Document Format

TCG : cotation de l'acte de téléconsultation en médecine générale

UE : Unité d'Enseignement

UPJV : Université de Picardie Jules Verne

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de santé – Médecins Libéraux

Table des matières

Remerciements	2
Abréviations / Glossaire	6
Titre	8
Quel est l'accueil, et quelles sont les propositions des médecins généralistes concernant la téléconsultation dans les EHPAD des Hauts-de-France ?.....	8
Introduction.....	9
Population française.....	9
Historique des EHPAD	9
La place du médecin généraliste.....	10
La télémédecine	11
Contexte de l'étude	12
Objectifs	14
Matériel et méthodes	15
Population.....	15
Le guide d'entretien	16
Calendrier de l'étude.....	17
Evaluation des paramètres comparés	17
Résultats.....	18
Résumé des données sociologiques	19
Analyse thématique.....	20
Connaissances de l'outil, formation reçue, représentation de la téléconsultation en EHPAD 20	
Points forts, limites et exemples de situations de téléconsultation en EHPAD	23
Exemples d'utilisation de l'outil :	27
Réaction des résidents du point de vue du médecin.....	28
Améliorations possibles.....	29
Discussion	33
Discussion de la méthodologie	33
Choix de la méthode qualitative.....	33
Validité interne de notre étude	33
Validité externe de notre étude	34

Discussion des résultats.....	34
Connaissance de l’outil, formation reçue, représentation de la téléconsultation en EHPAD	
34	
Accueil, points forts ; Accueil, points faibles ; exemples situations de téléconsultations en EHPAD	36
Réaction des résidents	37
Améliorations possibles.....	38
Impact de la COVID19 sur les téléconsultations	39
Conclusion	41
Annexes	42
Références bibliographiques.....	50
Résumé	54

Titre

Quel est l’accueil, et quelles sont les propositions des médecins généralistes concernant la téléconsultation dans les EHPAD des Hauts-de-France ?

Etude qualitative par entretiens auprès de 8 médecins généralistes intervenants dans les EHPAD des Hauts-De-France.

Introduction

Population française

Notre population française est une population vieillissante, où les plus de 65 ans représentent 13,45 millions de personnes, soit 20,5% de la population française en 2020 (1). Parmi eux, environ 2,5 millions sont en perte d'autonomie (2), soit un peu plus de 15% des plus de 60 ans.

Les critères utilisés ici pour considérer une personne en perte d'autonomie sont ceux de l'évaluation GIR (3). Cette évaluation se fait à partir de la grille nationale AGGIR (Annexe 1). Cette dernière mesure les capacités de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales (évaluation principale pour le GIR) et sept activités domestiques et sociales.

Les données démographiques prévoient une hausse du nombre de personnes âgées pour les années à venir. En effet selon la tendance démographique, en 2050 les personnes âgées en perte d'autonomie représenteraient 4 millions d'individus, soit plus de 16% de la population française estimée à cette date. (4)

Historique des EHPAD

Les premières structures accueillant des personnes âgées ont vu le jour après 1945, dans la période d'après-guerre, sous le nom "**d'hospices**" (5). Chaque évolution du système sanitaire engendre un certain degré de changement pour la gestion des hébergements de personnes âgées ; ainsi à la suite de la réforme hospitalière de 1970, la loi du 30 juin 1975 (6) sur les institutions sociales et médicosociales va introduire la terminologie de **maison de retraite**, le terme d'hospice étant devenu bien trop péjoratif. Ces maisons de retraite peuvent être médicalisées ou non.

De même, à la suite à la réforme des hôpitaux de 1996 découle la réforme des établissements de 1999. L'appellation d'**EHPAD** voit alors le jour (7). Ce nouveau terme d'EHPAD implique une médicalisation plus importante, et permet par ailleurs de fixer le nombre de salariés (infirmiers, aide-soignant, médecins, ...) par établissement. La notion de médecin coordonnateur naît également de cette réforme.

Le médecin coordonnateur élabore et suit le projet de soin de l'établissement, il donne son avis sur l'admission d'un résident et peut réaliser une évaluation gériatrique. (8)

La personne âgée résidant en EHPAD nécessite un suivi médical régulier. Aussi bien pour l'évaluation de pathologies chroniques que pour des situations aiguës. En effet, il faut intervenir rapidement afin d'éviter une altération de l'état général chez ces personnes fragiles dont l'état de santé peut vite se dégrader. Le médecin coordonnateur, peut parfois intervenir et faire une ordonnance pour un des résidents, mais ce dernier a un médecin traitant, qui reste le principal acteur de son suivi médical.

La place du médecin généraliste

Dans une France où l'accès à une consultation de médecine générale peut parfois s'avérer difficile selon la région, et d'autant plus en milieu rural, on peut se poser la question de l'accès aux soins de ces personnes âgées dépendantes résidant en EHPAD. En effet, le nombre de médecins généralistes sur le territoire Français est en baisse depuis plusieurs années, et la tendance est la même pour les années à venir. Le nombre de médecins généralistes était de 94 261 en 2010, contre un nombre de 86 102 en 2020 (9), soit une baisse de 9% depuis 2010. Les estimations amènent à un nombre de médecins généralistes en activité estimé à 81 925 d'ici à 2025 selon le CNOM.

L'EHPAD se doit de respecter la liberté de ses résidents de choisir leur médecin traitant. Ainsi, lorsqu'un patient devient résident d'EHPAD, le médecin généraliste doit signer un contrat établi entre l'EHPAD et lui-même (10) (11) ; en effet le médecin généraliste intervenant en EHPAD se doit de respecter certaines consignes, comme éviter les heures de repas pour les visites de ses patients, essayer de prescrire préférentiellement les médicaments listés pour l'EHPAD, etc. Ces contraintes d'horaires et de déplacement peuvent rendre la consultation sur place difficile à organiser.

La télémédecine

La télémédecine a été définie par le code de Santé Publique de la façon suivante : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » (12)

La télémédecine comprend 5 types d'actes (13), comme le définit le ministère des solidarités et de la santé :

- La **téléconsultation**, qui est l'acte permettant de consulter son médecin traitant, ou un spécialiste, à distance.
- La **téléexpertise**, qui permet à un professionnel médical de demander l'avis expert d'un confrère via l'outil numérique.
- La **télésurveillance**, permettant à un médecin d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.
- La **téléassistance**, est défini comme étant l'acte permettant à un médecin d'assister à distance un confrère dans la réalisation d'un acte (chirurgical par exemple).
- La **régulation médicale** réalisée par le SAMU permettant d'apporter à distance une réponse médicale et / ou d'orienter le patient qui les sollicite.

Depuis plusieurs décennies, la technologie numérique fait partie du quotidien du personnel de santé, et notamment du médecin généraliste. En effet, les médecins ont su s'adapter et ont appris à travailler avec l'aide du numérique.

L'historique de la télémédecine remonte au début du XXème siècle. En 1905, date de la première utilisation officielle de la télémédecine, M. Willem Einthoven a transmis un ECG via une ligne téléphonique (14).

Il faudra attendre 1959 pour les premiers échanges de téléconsultations par télévision, aux Etats-Unis dans l'unité psychiatrique du Nebraska (15).

L'arrivée d'Internet dans les années 80 puis sa généralisation dans les années 90 ont permis la mondialisation de la télémédecine.

En 2001, on assiste même à une téléchirurgie, baptisée opération Lindbergh (du nom du premier aviateur à traverser l'Atlantique sans escale) où l'équipe de chirurgie se trouvait à New York, pour opérer une patiente se trouvant à l'hôpital de Strasbourg, via un réseau de fibres optiques ultraperformant (16).

Aujourd'hui, les médecins, et notamment les médecins généralistes ont intégré le numérique à leur quotidien. Par exemple, l'informatisation des dossiers médicaux des patients, les résultats d'examens paramédicaux arrivant en format dématérialisé, parfois la prise de rendez-vous sur des plateformes numériques, tout ceci fait partie des outils utilisés au quotidien dans le monde médical. D'autres outils comme le DMP, la télémédecine, sont d'ailleurs en train de se développer.

Contexte de l'étude

L'optimisation du système de santé est au cœur des interrogations de notre gouvernement. Ainsi, pour faire face au manque de médecins généralistes dans certains territoires de France, et au nombre grandissant de patients en EHPAD, le **numérique** est un outil envisagé par les autorités de santé.

Dans les HDF notamment, sous l'action de l'ARS, de l'assurance maladie ainsi que de l'URPS-ML, un programme nommé « **PREDICE** » a vu le jour au cours de l'année 2018. Ce programme a pour but premier de mettre « le numérique au service de l'humain », avec comme principal outil : la télémédecine. Ce programme est à la disposition des professionnels depuis le 28 juin 2019 (17). Il s'inscrit dans la stratégie nationale « Ma Santé 2022 » dont un des défis est d'améliorer les inégalités d'accès aux soins sur le territoire français (13).

PREDICE est un programme financé par l'ARS, le FEDER (Fonds européen de développement régional), et le Conseil Régional, en coopération avec l'Assurance maladie. Dans cette optique, ce programme utilise les services de l'Etat, comme le DMP, ainsi qu'une plateforme numérique unique. Cet outil facilite les pratiques quotidiennes des professionnels de par ses services de mise en relation et de coordination. A ce jour, 3000 médecins y sont inscrits (17). Du point de vue du patient, cette plateforme permet également la prise de rendez-vous en ligne, et donne accès à un parcours de soins facilement accessible. (18)

24 EHPAD des HDF ont été équipés de matériel de téléconsultation via ce programme PREDICE, ce qui représente une population de 1780 résidents. Au lancement du programme, une cinquantaine de médecins généralistes des Hauts De France se sont portés volontaires pour tester ce service en EHPAD. Les établissements qui ont été équipés sont des EHPAD situés en zone de désert médical pour la plupart, souvent éloignés des cabinets médicaux.

Les médecins généralistes utilisant PREDICE pour réaliser des téléconsultations (en EHPAD ou non), peuvent alors coter une téléconsultation « TCG » à 25 euros, qui est le même tarif qu'une consultation classique « GS » réalisée au cabinet médical.

Au cours de mon travail de thèse, j'ai pu assister à plusieurs téléconsultations afin de me mettre à la place des médecins interrogés par la suite. Une où j'étais au cabinet du médecin généraliste, une autre où j'étais avec l'équipe paramédicale, à l'EHPAD.



Image 1 : Stéthoscope connecté présent dans un EHPAD de l'Aisne



Image 2 : Otoscope connecté présent dans un EHPAD de l'Aisne

Comment les médecins généralistes ont-ils accueilli ce nouvel outil numérique depuis son lancement en EHPAD ?

Objectifs

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'accueil et l'intérêt des médecins généralistes des Hauts-De-France à l'utilisation de la téléconsultation en EHPAD. Dans cette étude, nous avons cherché à décrire l'accueil de ce nouvel outil par les médecins généralistes, et leur retour après expérience.

L'objectif secondaire était d'apporter des idées d'amélioration de cet outil numérique, afin d'en faciliter son usage à l'avenir.

La pandémie de COVID 19 a soulevé au cours de la thèse un autre objectif secondaire qui était d'évaluer l'impact de la pandémie de COVID19 sur l'utilisation de la téléconsultation, en EHPAD principalement.

Ce travail de thèse a en effet été impacté par la pandémie de COVID19. L'année 2020 a été lourdement marquée par ce virus ravageur. La priorité étant début 2020 de limiter un maximum les contacts avec l'extérieur, la réalisation d'entretiens individuels en présentiel n'était pas raisonnable, puis impossible lors des différentes périodes de confinements.

Matériel et méthodes

Population

La population a été, dans un premier temps, recrutée avec l'aide de l'URPS des Hauts de France, qui avait en sa possession une liste de médecins généralistes ayant répondu favorablement à l'utilisation de la télémédecine en EHPAD, lors de la mise en place du système PREDICE. Les EHPAD concernés étaient donc tous équipés d'un chariot d'équipements connectés.

Un courriel a été envoyé par l'URPS à ces mêmes médecins généralistes (annexe 2). Nous avons choisi de laisser l'URPS établir le premier contact avec les médecins afin de respecter la confidentialité de cette liste pour ceux ne souhaitant pas participer à l'étude.

Le sujet de thèse était évoqué dans ce courriel ; il était ensuite proposé de participer à l'étude et d'accepter un contact, présentiel ou distanciel (téléphonique ou par visioconférence) pour réaliser l'entretien.

Un responsable de l'URPS nous envoyait par courriel les coordonnées des médecins répondant favorablement au fur et à mesure. Je contactais par la suite ces médecins afin de convenir d'une date pour la réalisation d'un entretien.

Pour élargir notre échantillon, nous avons dû étendre le recrutement aux médecins généralistes des Hauts-De-France réalisant des téléconsultations en EHPAD, sans que l'EHPAD soit forcément équipé du chariot connecté. L'URPS a continué de nous fournir les coordonnées de médecins généralistes acceptant de participer à l'étude.

J'ai également dû contacter de mon côté certains médecins généralistes, afin d'agrandir notre échantillon, et pour qu'il soit le plus varié possible.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste installé, inscrit au CNOM
- Avoir des patients résidants en EHPAD
- Réaliser des téléconsultations en EHPAD

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Profession autre que médecin généraliste
- Refus de participation à l'étude.

Le guide d'entretien

Les entretiens se sont déroulés entre décembre 2019 et avril 2021.

Le guide d'entretien a été réalisé dans un premier temps en s'appuyant sur des recherches bibliographiques. La commission de thèse de la faculté d'Amiens a validé mon guide d'entretien après modification d'une question fermée en question ouverte.

Un entretien factice a été réalisé avec un proche, afin de me familiariser avec les questions, et de vérifier mon aisance ainsi que celle du questionné au fur et à mesure de la conversation.

Au fil des entretiens, j'ai ajusté certaines questions afin d'améliorer la qualité du recueil des données, et l'aisance des entretiens (annexe 3).

Au moment du premier confinement lié à la pandémie de la COVID19, j'ai ajouté une question subsidiaire pour recueillir l'impact de cette pandémie sur l'utilisation de la téléconsultation en EHPAD.

Cet entretien était semi directif et ne comportait que des questions ouvertes. Il était réalisé en individuel. Les premiers entretiens ont été réalisés en présentiel, le lieu était au choix du médecin interrogé. À la suite des mesures sanitaires, j'ai privilégié les entretiens en distanciel (par visioconférence ou téléphone) afin de respecter au mieux les gestes barrières.

J'étais la seule investigatrice de cette thèse.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un logiciel de dictaphone sur smartphone ou tablette, avec l'accord des médecins généralistes participants, puis ces entretiens ont tous été anonymisés. La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes.

J'ai effectué la retranscription en verbatims, le jour même de l'entretien à chaque fois afin d'être au plus proche des ressentis des médecins questionnés. La retranscription a été effectuée via le

logiciel Microsoft Word. Les signes de communications para- et non- verbaux ont également été retranscrits, afin de faciliter le travail de codage. À la fin de chaque entretien, un talon sociologique était réalisé.

Un des entretiens a été ajouté à cet écrit en annexe, à titre d'exemple (annexe 4).

Calendrier de l'étude

Le sujet de thèse a été déposé en août 2019 et accepté en septembre 2019 après modification du guide d'entretien initialement proposé.

Une pause de plusieurs mois a malheureusement eu lieu avant la suite des entretiens. En cause, la pandémie de COVID19 qui a bouleversé le suivi de thèse de l'URPS. Les médecins ont pu être sollicité de nouveau par courriel à la rentrée de septembre 2020 uniquement. A partir de là, les entretiens se sont succédé.

L'écriture de ce travail de thèse s'est faite au fur et à mesure des entretiens, lorsque des thématiques ont commencé à se dégager.

Au total, l'étude s'est déroulée sur 2 ans.

Evaluation des paramètres comparés

Ce travail de thèse cherchait à recueillir des données qualitatives, non quantifiables ; le choix d'une étude qualitative s'est donc imposé.

Le travail d'analyse des données s'est fait dans une démarche déductive, puis dans une démarche inductive.

De plus, pour éviter le biais de préconception, une triangulation des données des entretiens a été réalisée avec 2 autres médecins remplaçants, initiés au traitement de données qualitatives.

Le codage a ensuite été effectué à l'aide du logiciel Nvivo. Des thématiques se sont dégagées au fur et à mesure du travail de codage.

Le guide d'entretien prévoyait 5 thèmes :

- Connaissances, formation reçue, et représentation de la téléconsultation en EHPAD.
- Les points forts, les limites, et exemples de situation clinique gérées en téléconsultation
- La réaction des résidents d'EHPAD
- Les améliorations possibles
- L'impact de la COVID19 sur l'utilisation de la téléconsultation en EHPAD

Résultats

La saturation des données a été rapidement atteinte, au bout de 7 entretiens, nous avons réalisé un entretien supplémentaire afin de vérifier, et nous étions bien à saturation. Un total de 8 entretiens a été réalisé. Parmi les participants, il y avait 6 hommes et 2 femmes. La moyenne d'âge était de 46.8 ans.

A chaque fois, c'est le cabinet médical qui a été privilégié par les interviewés comme lieu de rendez-vous.

Résumé des données sociologiques

Tableau I : Données sociologiques des médecins interrogés.

	Durée entretien	Sexe	Âge	Année d'installation	Cabinet informatisé	Téléconsultations en dehors de l'EHPAD
Entretien 1	15 min	Homme	42 ans	2010	Oui	Non
Entretien 2	14 min	Homme	64 ans	1988	Oui	Non
Entretien 3	9 min	Homme	56 ans	1992	Oui	Oui
Entretien 4	12 min	Homme	43 ans	2011	Oui	Oui
Entretien 5	35 min	Homme	50 ans	1999	Oui	Oui
Entretien 6	34 min	Homme	50 ans	2000	Oui	Oui
Entretien 7	11min	Femme	34 ans	2016	Oui	Oui
Entretien 8	11 min	Femme	35 ans	2015	Oui	Oui

Analyse thématique

Les différentes thématiques émanaient du guide d'entretien mais tenaient également compte des résultats :

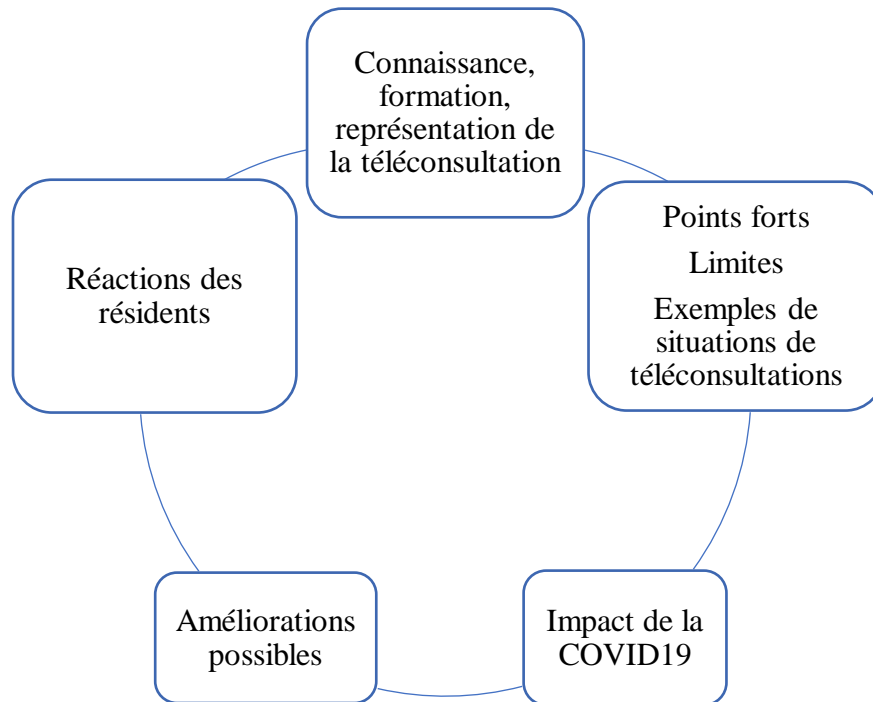


Image 3 : Les 5 thématiques de l'étude.

Connaissances de l'outil, formation reçue, représentation de la téléconsultation en EHPAD

Concernant la connaissance de l'outil :

La majorité des médecins interrogés a eu **connaissance** de la disponibilité de la téléconsultation en EHPAD grâce à des échanges avec leurs connaissances professionnelles : par des collègues, par l'EHPAD directement, et par les autorités locales, en participant à des réunions, ou par courriel.

- Entretien 5 : «Alors, euh dans un premier temps j'en ai eu connaissance par l'URPS».
- Entretien 7 : « J'en ai eu connaissance par les infirmières ».

Un médecin a été informé de cette possibilité dans la presse médicale. Un autre médecin interrogé expliquait ne pas avoir été informé et l'avoir découvert par lui-même en se rendant à l'EHPAD.

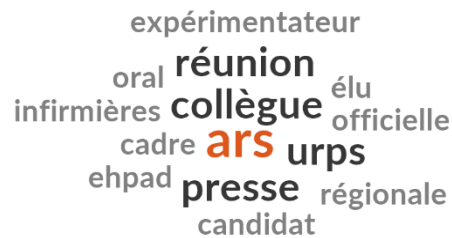


Image 4 : Nuage de mots les plus fréquemment cités concernant la possibilité de téléconsultation en EHPAD.

Concernant la formation à l'outil :

Lorsqu'une **formation** a été faite, cette dernière a toujours été réalisée en individuel. La plupart du temps, par oral et en présentiel. D'autres médecins ont reçu une formation en distanciel, par téléphone ou visioconférence. Quelques médecins nous ont évoqué un support papier, sans réel souvenir de l'expéditeur.

- Entretien 2 : "nous avons été couvé, nous avons été formé rapidement, je sais que ce sont des gens qui sont venus de Besançon pour nous former".

- Entretien 5 : "si on n'a pas beaucoup d'expérience et que l'on est jeune professionnel de santé je pense qu'il y a des formations qui peuvent être particulièrement intéressantes".

Mais une large majorité n'a **pas reçu de formation** particulière à la téléconsultation en EHPAD. Aucun support ne leur a été fourni.

- Entretien 4 : « J'ai reçu ZÉRO formation ».

- Entretien 6 : « Non du tout, pas de personnel, pas de papiers ».

Une tendance est ressortie au cours des différents entretiens concernant la formation : qu'ils aient eu accès à une formation ou non, les médecins interrogés ont expliqué que la formation à la téléconsultation en EHPAD la plus adaptée à leurs yeux était de les mettre en situation de téléconsultation :

- Entretien 1 : “C’est comme pour tout, il faut pratiquer pour voir quels problèmes on rencontre et [les] résoudre au fur et à mesure”.

Concernant la représentation de l’outil :

Quant à leur **perception** de la téléconsultation en EHPAD, le point de vue majoritaire des entretiens est globalement un **accueil favorable** :

- Entretien 2 : « La télémédecine c’est un outil supplémentaire »

- Entretien 7 : « C’est un bel outil, ça nous dépatouille pas mal ».

Sauf un médecin interrogé, qui n’a pas apprécié ce mode de consultation, et qui ne l’a utilisé que lorsqu’il ne pouvait pas faire autrement d’après lui :

- Entretien 4 : « (rires) euh c’était plutôt euh j’avais plutôt le sentiment de faire de la sous médecine (lève les yeux aux ciel) ».

Concernant leur **représentation** de l’acte de téléconsultation, plusieurs médecins nous ont expliqué ressentir une meilleure **coordination avec l’équipe paramédicale** de l’EHPAD. Ceci a été apprécié par une grande partie des médecins interrogés. La plupart des médecins a évoqué la valorisation du lien avec l’équipe paramédicale grâce aux actes de téléconsultation.

- Entretien 2 : « Grace à la télémédecine, les infirmières peuvent nous contacter, et on peut résoudre ainsi facilement tous ces petits problèmes ».

- Entretien 6 : « Même en télémédecine, il faut un effecteur, donc il faut être en confiance avec son équipe ».

- Entretien 8 : « En fait, on se rend compte que la relation à l’équipe de l’EHPAD est primordiale [...] Donc s’il n’y a pas une équipe paramédicale derrière qui assure, c’est compliqué ».

D’un point de vue plus négatif, certains médecins interrogés ont insisté sur le fait que la téléconsultation n’était **qu’une aide supplémentaire**, et qu’elle ne pouvait pas remplacer une consultation en présentiel.

- Entretien 1 : « quelqu'un qui peut se déplacer au cabinet, doit se déplacer au cabinet ».
- Entretien 2 : « La télémédecine c'est un outil supplémentaire, ce n'est qu'un outil ».
- Entretien 3 : « Elle n'apporte rien de plus [sous-entendu comparé à une consultation classique], elle n'apporte que du moins, elle rend des services, mais il y a quand même un moins ».

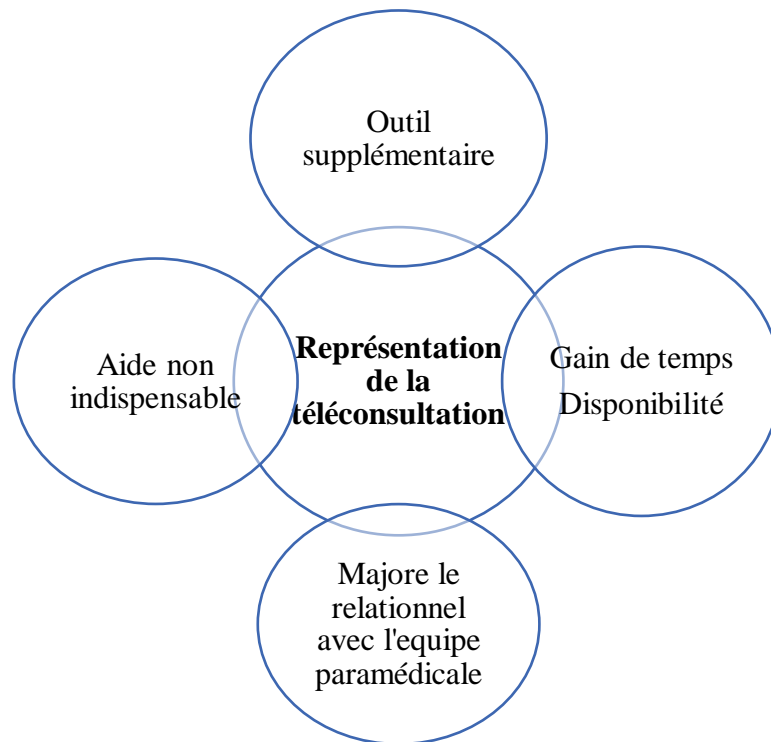


Image 5 : Représentation de la téléconsultation par les médecins généralistes interrogés

Points forts, limites et exemples de situations de téléconsultation en EHPAD

Concernant les points forts de l'outil :

La plupart des médecins interrogés a rapporté la **facilité d'utilisation** du logiciel. Quelques médecins ont également indiqué la facilité de la rémunération depuis l'existence de la cotation « TCG ».

- Entretien 1 : « ce n'est pas trop compliqué d'utilisation, il n'y a pas trop de manipulations à faire, ça reste raisonnable. ».
- Entretien 2 : « on est honoré par l'assurance maladie sans aucun problème ».

- Entretien 5 : « c'est très bien foutu hein, vous savez, enfin c'est facile. J'avais juste à me mettre devant l'écran et la webcam ! »

Contrairement à une consultation classique, la télémédecine possède un avantage, cité par la quasi-totalité des médecins interrogés : la **disponibilité**. En effet, le médecin peut, sur demande de l'EHPAD programmer une téléconsultation dans la journée, malgré un agenda chargé, tâche moins aisée avec un temps de déplacement aller-retour à ajouter. Le délai de réponse à une demande de consultation peut donc, grâce à la téléconsultation, être raccourci.

- Entretien 1 : « une téléconsultation permet une prise en charge plus rapide, en tout cas, plus rapide que ce qu'elle n'aurait été ».

- Entretien 2 : « Alors, il (l'outil de téléconsultation) me rend plus disponible, c'est surtout ça ». «ça permet de donner une réponse plus rapide ».

- Entretien 4 : « oui ... Je n'aurais pas pu euh voir mes patients aussi régulièrement ».

- Entretien 8 : « c'est pour éviter d'attendre, bah, par exemple moi mes visites c'est plutôt le vendredi ».

Une autre notion était revenue également dans une majorité d'entretiens, celle du **gain de temps de déplacement**, permettant un certain confort pour le médecin généraliste. En effet, la téléconsultation permet au médecin de réaliser une consultation pour un résident, tout en étant à son cabinet. Eviter un déplacement et donc s'éviter un temps de trajet, était le point fort de la téléconsultation d'après les médecins interrogés.

- Entretien 1 : « l'objectif de l'installation de la télémédecine c'était de pouvoir répondre à un problème aigu, sans avoir besoin de se déplacer ».

- Entretien 2 : « enfin vous imaginez que si je n'ai pas cet outil je fais l'aller-retour pour faire ça, hein ».

- Entretien 5 : « ça permet un certain gain de temps de trajet si situation urgente ».

Quelques médecins ont également noté l'intérêt de la téléconsultation lors des situations cliniques **aiguës à l'EHPAD**, afin d'éviter des hospitalisations lorsque cela est possible. En

effet, les médecins interrogés ont évoqué la santé fragile des patients d'EHPAD, et la difficulté pour certains d'entre eux de rester plusieurs heures sur un brancard en attendant un avis aux urgences. La téléconsultation a permis dans certaines situations aiguës, mais évaluables en médecine générale, de donner un premier avis sans nécessairement adresser un résident aux urgences.

- Entretien 1 : « ne pas envoyer inutilement des gens aux urgences, [...] éviter des hospitalisations ». « Pour des personnes qui sont déjà fragilisées et qui peuvent des fois passer des demi-journées allongées sur un brancard, sans que cela soit utile ».

Plusieurs médecins ont évoqué les effets positifs du point de vue de **l'équipe paramédicale**. La téléconsultation a permis de programmer un horaire qui pouvait aussi bien convenir au médecin qu'à l'équipe (pour la réfection d'un pansement par exemple).

- Entretien 5 : « évite une surcharge de travail pour les IDE ». « Évite la douleur de refaire le pansement pour le pansement ».

Concernant les limites de l'outil :

Le point négatif le plus abordé lors des entretiens était celui des **limites techniques**. Dans ces problèmes techniques, celui qui revient chez le plus de médecins est le problème de connexion réseau : un médecin a déjà dû rappeler l'EHPAD par téléphone directement car le réseau internet était insuffisant ce jour-là pour permettre le bon déroulement d'une téléconsultation par exemple.

- Entretien 1 : « après des fois il y a des coupures de réseau, parce qu'ici nous sommes dans une zone où il n'y a pas encore la fibre ».

- Entretien 7 : « le réseau qui n'est pas bon ».

Un médecin a également déploré les limites liées au **matériel connecté** en lui-même :

- Entretien 2 : « des problèmes liés au stéthoscope électronique, vous l'avez vu tout à l'heure, qui ne marche pas toujours très bien, où on n'arrive pas forcément à entendre le cœur ».

Les autres limites techniques sont liées au son, ou au visuel sur l'ordinateur du médecin ou de l'EHPAD :

- Entretien 3 : « je trouve qu'il y a beaucoup de bruits parasites ».
- Entretien 5 : « Euh problème des fois de vidéo, de son, problèmes techniques, ou on a la vidéo mais pas le son, ou inversement ».

Quelques médecins interviewés ont également évoqué le souci de la **confidentialité** :

- Entretien 4 : « les EHPAD autour sont pas vraiment euh équipées et euh il y avait euh c'était l'ordinateur qui était à l'accueil ».

Entretien 8 : « Euh, en plus avec l'infirmière à côté ils ne vont peut-être pas s'exprimer de la même façon ».

D'autres médecins ont évoqué des **demandes de téléconsultation inappropriées** venant de l'EHPAD. En effet, un médecin nous a évoqué une demande pour un motif gynécologique, ou encore pour une douleur abdominale.

- Entretien 1 : « euh je pense que c'est un très bon outil s'il est bien utilisé, mais ce n'est pas à utiliser pour le tout-venant ».
- Entretien 7 : « ça améliore ma pratique, mais attention à la dérive ».

Certains médecins ont relevé une gestion difficile : un médecin a relevé un ressenti **d'inconfort** pour lui de devoir gérer sur une même journée sa salle d'attente du cabinet, et sa salle d'attente « virtuelle » lors de demandes de téléconsultation de l'EHPAD (ou de patients hors EHPAD). Un autre médecin a évoqué le côté chronophage de la téléconsultation, avec le souci des ordonnances en PDF par exemple.

- Entretien 1 : « ça ne me prend pas moins de temps de faire une téléconsultation, je dirais même que ça me prend plus de temps [sous-entendu qu'une consultation classique] »
- Entretien 5 : « Faire une ordonnance, un arrêt de travail, un certificat, en téléconsultation, ça prend plus de temps qu'en consultation, faut être clair hein [...] Et pourtant je suis un geek hein ! Alors je n'imagine pas mes confrères qui manient moyennement l'outil informatique,

forcément... ». « Au quotidien, c'était difficile pour moi, avec le rythme de l'activité habituelle qui est tout de même soutenu, de euh en plus gérer les téléconsultations en EHPAD. Voilà ».

Exemples d'utilisation de l'outil :

La majorité des médecins interrogés ont utilisé la téléconsultation pour des **renouvellements d'ordonnances**.

- Entretien 1 : « on fait beaucoup de renouvellement de traitements ».

- Entretien 4 : « C'était plutôt pour des renouvellements ».

Beaucoup d'entre eux ont cité en exemple des téléconsultations pour les **situations aiguës** ne pouvant pas attendre la prochaine consultation en présentiel.

- Entretien 1 : « elle [la résidente] n'était pas douloureuse quand je l'avais vu la veille et là elle était douloureuse ».

- Entretien 4 : « une patiente qui n'a pas pour habitude de "graillonner", je demanderais sûrement un coup de stéthoscope en téléconsultation ».

- Entretien 5 : « il y a eu beaucoup de personnes [sous-entendu résidents] qui se sont retrouvées dans une situation potentielle ou avérée de COVID ».

D'autres situations ont été citées comme un **retour d'hospitalisation** qui nécessitait un ajustement de traitement chronique pour les IDE, ou encore pour les soins **dermatologiques**. Les médecins ont relevé l'intérêt de pouvoir faire une téléconsultation à la demande de l'équipe paramédicale, lorsque c'est le moment du pansement, afin d'éviter une surcharge de travail pour le personnel de l'EHPAD.

Les situations d'agitation (assez fréquentes chez les personnes âgées), qui nécessitent également un ajustement de traitement ont aussi été citées par les médecins interrogés.

- Entretien 5 : « quand j'y passe des fois le pansement vient d'être fait, bon, plutôt que de tout déballer, on refait une téléconsultation vidéo le jour suivant ».



Image 6 : Nuage de mots les plus fréquemment cités concernant des exemples de téléconsultations en EHPAD.

Réaction des résidents du point de vue du médecin

La plupart des médecins interrogés nous a décrit des réactions de résidents **positives** : certains médecins ont évoqué une très bonne adhésion, d'autres médecins de l'amusement même :

- Entretien 2 : « Alors très bizarrement, ils ont très bien réagi » « les personnes âgées regardent la télé toute la journée, et regardez leur médecin à la télé ça les amuse beaucoup. »
- Entretien 3 : « ceux que j'ai vu étaient satisfaits ».
- Entretien 5 : « plutôt très favorablement, je ne dirais même pas favorablement, mais TRÈS favorablement ». « Ceux qui y ont eu recours ont particulièrement apprécié et au contraire, j'ai eu des reproches quand j'ai arrêté. »

D'autres médecins intervenaient dans des EHPAD où la plupart des résidents sont atteints de **démence** sévère. La réaction de ces derniers a donc été évoquée. Le ressenti général est celui de **l'indifférence** des résidents envers la téléconsultation :

- Entretien 4 : « (Rires), euh bah c'est des déments donc ils ont réagi comme des déments. »
- Entretien 6 : « Mais euh après, sur mes 30, 40 résidents, y'en a 30 qui sont déments donc que je passe, que je ne passe pas ça, que ce soit une consultation en présentiel, ou en visio Pff ça leur passe un peu au-dessus de la tête. »

Quelques médecins ont perçu du **stress**, ou une **désorientation** de leurs résidents lors des téléconsultations. Certains résidents n'auraient même pas reconnu leur médecin traitant à travers l'écran de l'ordinateur.

- Entretien 1 : « bon globalement, ça les stresse ». « Ah oui je le connais je l'ai déjà croisé, je ne sais pas qui sait, voilà il y en a on a beau leur dire avant je vous vois demain en télémédecine, bon ils sont un peu perdus ».

- Entretien 6 : « ils sont parfois un petit peu inquiets »



Image 7 : Nuage de mots les plus fréquemment cités concernant la réaction des résidents.

Améliorations possibles

Les améliorations possibles faisaient écho aux limites évoquées par les médecins interrogés, de ce fait, des **améliorations techniques** ont été proposées chez la totalité des interviewés, surtout concernant le **matériel** connecté :

- Entretien 1 : « Après il faut améliorer le son sur les appareils connectés ».

- Entretien 3 : « Et bien améliorer la qualité de l'auscultation, le stéthoscope ».

L'amélioration de la **plateforme numérique** a été suggérée, surtout dans un souci de relance de la téléconsultation si un bug survenait. Un autre médecin a évoqué le fait de prévenir, par quelque support que ce soit, des modifications à venir sur le logiciel.

- Entretien 5 : « Peut-être tout simplement qu'avoir plus de facilité pour relancer la téléconsultation par exemple si la personne s'est déconnectée. »

La **qualité du réseau internet** peut également être une amélioration à prévoir pour plusieurs médecins interrogés :

- Entretien 1 : « Ça va être résolu quand il y aura la fibre, peut être que tout ça, quand il y. aura la fibre et bien on n'en parlera plus ! »

La **formation** de l'équipe paramédicale, que cela soit sur l'outil logistique en lui-même, mais également sur les motifs recevables en téléconsultation, était une proposition faite par plusieurs des médecins interrogés :

- Entretien 4 : « équiper et former les soignants à l'EHPAD. »

- Entretien 7 : « alors peut être qu'on devrait réexpliquer au patient, ou à l'équipe paramédicale en maison de retraite ce qui est gérable en téléconsult et ce qui ne l'est pas, ça ça me paraît important. »

- Entretien 8 : « par contre si on a une équipe qui n'est pas du tout réactive bah, c'est plus compliqué. Je sais qu'il y a des EHPAD où je ne pourrais pas le faire ».

Quant aux évolutions possibles en **téléconsultation**, les avis divergeaient : un des médecins a par exemple proposé l'ajout d'un tracé électrocardiographique, alors qu'un autre médecin soulignait le fait qu'un EHPAD n'est pas un hôpital, et que les soins devaient rester limités pour ne pas surmédicaliser les EHPAD :

- Entretien 2 : « un EHPAD c'est pas un hôpital, donc il ne faut pas trop médicaliser ces établissements médicosociaux. »

Une autre idée a été relevée lors d'un entretien : celle de la **dématérialisation** des ordonnances en officine, de pouvoir directement du logiciel, envoyer l'ordonnance à la pharmacie la plus proche de l'EHPAD, ou la pharmacie habituelle de cette dernière :

- Entretien 2 : « mais ça c'est parce que à la date d'aujourd'hui il n'y a toujours pas de dématérialisation des ordonnances au niveau des pharmacies d'officine. »

Globalement, les médecins interrogés semblaient plutôt **optimistes** concernant les améliorations à venir :

- Entretien 1 : « On essuie les plâtres, mais bon, c'est pas grave... »
- Entretien 2 : « C'est comme les premiers téléphones par rapport à nos smartphones d'aujourd'hui je pense qu'il y aura une évolution qui se fera naturellement ».

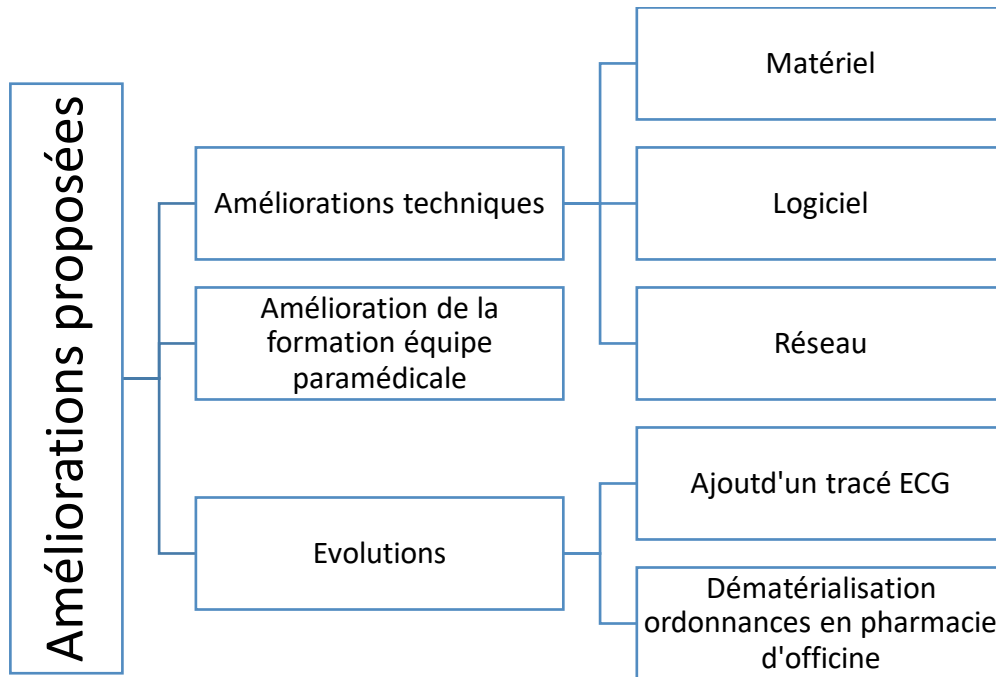


Image 8 : Améliorations les plus fréquemment proposées lors des entretiens.

Impact du COVID 19 sur les téléconsultations en EHPAD

Pour l'ensemble des médecins interrogés, la pandémie de COVID19 a eu un **impact majeur** sur l'utilisation de la téléconsultation.

- Entretien 7 : « énormément utilisée au 1er confinement ».
- Entretien 6 : « Alors, vraiment à partir de mars 2020, oui, [...] je faisais vraiment plus de téléconsultation avec l'EHPAD ».
- Entretien 3 : « une augmentation exponentielle, de mon nombre de téléconsultations pendant la période de confinement ».

En effet, pour certains d'entre eux, le premier confinement de mars 2020 a même été l'**élément déclenchant le début des téléconsultations en EHPAD**.

- Entretien 5 : « Donc pour les téléconsultations j'ai commencé au moment du confinement ».
- Entretien 8 : « Du coup, on l'a utilisé ! Car les EHPAD étaient fermés ».

D'autres ont **arrêté les téléconsultations** en EHPAD en dehors de périodes de confinement.

- Entretien 4 : « ça a juste permis un contact au moment où c'était le seul moyen d'en avoir un ».
- Entretien 5 : « les téléconsultations j'ai commencé au moment du confinement, et pour tout vous dire j'ai arrêté après le confinement ».

Certains médecins ont émis des **doutes** quant à l'utilisation au long cours de la téléconsultation en EHPAD au cours des entretiens :

- Entretien 5 : « dans le cadre de crise d'urgence sanitaire ça peut avoir un sens tout à fait particulier, qui à mon avis reste anecdotique euuuh voilà ».
- Entretien 6 : « Pourquoi pas, *souffle*, je ne dis pas non. »

Discussion

Discussion de la méthodologie

Choix de la méthode qualitative

Le fait de chercher à recueillir des ressentis, d'analyser des propositions d'amélioration face à ce nouvel outil qu'est la télémédecine, rend la méthode qualitative adaptée à notre travail de thèse.

Ce travail a été réalisé à l'aide d'entretiens individuels, anonymisés, ce qui a permis aux médecins interrogés de répondre en toute sincérité. Les rendez-vous étaient programmés à l'avance, sur un créneau horaire choisi par le médecin interrogé, afin de ne pas avoir de limite de temps, ce qui a permis aux médecins de ne pas être pressés lors de l'entretien. Ce temps était volontairement prévu assez large (créneau d'une demi-heure demandé par l'investigatrice), afin de ne pas être pris par le temps. Cela nous a permis de recueillir des entretiens riches.

Validité interne de notre étude

La majorité des médecins a été recrutée par l'intermédiaire de l'URPS, permettant un échantillonnage par choix raisonné, c'est-à-dire que les médecins ont été sélectionnés pour respecter les critères d'inclusion et d'exclusion. Afin d'avoir un échantillon plus varié, nous avons contacté des médecins hors recrutement de l'URPS, ce qui peut représenter un biais de sélection.

Le travail de retranscription en verbatims ayant été réalisé le jour même de l'entretien, nous avons essayé d'être au plus proche du ressenti des médecins généralistes interrogés.

Ce travail a été réalisé par une seule enquêtrice, ce qui renforce l'équité et la reproductivité des entretiens. Mais d'autre part, cela a pu entraîner un biais lors de l'interprétation. Nous avons essayé de le réduire en effectuant une triangulation des données sur 2 entretiens avec 2 autres médecins remplaçants, en cours de travail de thèse également. De plus, les entretiens ont continué d'être menés jusqu'à atteindre la saturation des données. Au bout de 7 entretiens, la saturation a été atteinte, nous avons réalisé un entretien supplémentaire. Cet échantillon est faible et cela ne nous permet pas d'être représentatif.

Validité externe de notre étude

Notre échantillon comprend 75 % d'hommes et 25 % de femmes, ceci représente un biais de représentation, car la proportion de médecins généralistes femme en 2020 en France est beaucoup plus importante : 50.4% des médecins généralistes en exercice régulier. (19).

6 médecins exercent en milieu rural contre 2 médecins en milieu urbain.

L'âge moyen des médecins interrogé est de 46.8 ans, ce qui est plutôt proche de l'âge moyen des médecins généralistes en exercice en France qui est lui de 50.1 ans (19).

Discussion des résultats

Connaissance de l'outil, formation reçue, représentation de la téléconsultation en EHPAD

Dans nos résultats, nous avons pu remarquer qu'une meilleure **connaissance** de l'outil par le biais d'une **formation**, en présentiel ou en distanciel, donnait par la suite des avis plus favorables à l'utilisation de la téléconsultation en EHPAD. L'image de la téléconsultation en EHPAD était meilleure chez les médecins ayant reçu une formation.

Malheureusement, comme le souligne le travail de M. Durupt dans sa thèse d'exercice, la connaissance de la téléconsultation et la formation à l'usage de la télémédecine en générale sont très limitées (20), et les médecins généralistes le regrettent. Nous retrouvons des avis similaires dans notre étude.

Pourtant, comme décrit dans le travail de T. Messon, le nombre de sources d'information concernant la télémédecine en général est aujourd'hui très important (21). En effet, entre les différents supports numériques, les échanges professionnels, la presse, les médecins généralistes peuvent avoir un accès facile à de la documentation fiable. On peut alors se demander si le manque de connaissance vis-à-vis de cet outil est une marque du manque d'intérêt à son égard, on peut également retourner la question, à savoir si le manque d'intérêt est en lien avec un défaut de connaissance. Les médecins généralistes étant pris par le temps, nous pouvons supposer qu'une formation supplémentaire soit difficile à ajouter.

On peut également noter que des fiches explicatives de la plateforme de téléconsultation de l'ARS « Predice », sont à disposition gratuitement sur le site de l'URPS-ML (22).

Une des solutions pourrait être de commencer l'apprentissage, la formation à cet outil numérique dès la faculté de médecine, afin d'intégrer au mieux cette nouvelle possibilité d'actes médicaux. D'ailleurs, c'est à l'UPJV que la première UE de télémédecine a été créée, afin d'être intégrée au master de recherche intitulé Physiopathologie Humaine, Explorations Fonctionnelles et Imagerie, en 2013. (23).

Tout comme plusieurs des médecins interrogés dans notre étude, de nombreuses revues de la littérature appuient sur l'importance d'une formation à la télémédecine et à l'acte de téléconsultation : la revue générale du droit médicale numéro 60 de septembre 2016 (24) décrit que « la clé de la formation, insuffisante pour l'heure, [...] constitue un outil d'apprentissage, de perfectionnement, et d'amélioration des connaissances et des pratiques médicales ». Les résultats de notre étude, qui décrivent une formation « sur le tas », semblent cohérents avec ceux retrouvés dans les différentes revues lues pour ce travail de thèse.

La représentation de cet outil est à la fois positive et négative. Plusieurs médecins ont évoqué l'attractivité de la téléconsultation en EHPAD étant donné l'aide organisationnelle qu'elle pouvait représenter, à la fois pour le médecin généraliste, que pour l'équipe paramédicale, que pour le résident lui-même. En effet, le gain de temps de déplacement, la disponibilité pour l'équipe et éviter les déplacements aux urgences, lorsqu'une téléconsultation est envisageable sont des données rapportées lors de nos entretiens.

D'autre part, les médecins interrogés ont bien rappelé que la médecine est un art à réaliser au maximum en présentiel. Rien ne peut remplacer le sens du toucher d'un médecin généraliste en téléconsultation. Dans ce sens, la téléconsultation en EHPAD reste tout de même moins performante qu'une consultation classique en présentiel à l'EHPAD.

Dans notre étude, on remarque que la moyenne d'âge est de 46.8 ans, il serait intéressant de recueillir les avis d'une population de médecins généralistes avec une moyenne d'âge plus basse, afin de voir si l'âge peut influencer la représentation de la téléconsultation, en EHPAD et en général. Car en effet, l'adhésion d'un médecin à un nouvel outil dépend de sa capacité à changer sa façon de travailler et d'entreprendre de nouvelles méthodes de consultation ; et l'on peut entendre qu'un médecin avec beaucoup d'expérience ne ressent pas le besoin ou même l'envie de bousculer ses habitudes professionnelles, comme le démontre l'enquête Changements Organisationnels et Information (COI) : les changements organisationnels et leurs outils (25).

Accueil, points forts ; Accueil, points faibles ; exemples situations de téléconsultations en EHPAD

L'avantage le plus apprécié des téléconsultations reste la **disponibilité**. En effet, notre étude a soulevé l'emploi du temps chargé des médecins généralistes, qui ne peuvent décemment pas se permettre des allers et retours plusieurs fois par semaine dans les différents EHPAD où ils interviennent. En effet, la plupart des médecins programme leurs visites en présence à l'EHPAD sur un temps de consultation dédié, comme décrit dans la thèse d'exercice de N. Bur (26), il semble alors cohérent qu'ajouter un créneau dans un emploi du temps où les consultations au cabinet médical s'enchaînent, devient un exercice périlleux.

Un des points forts soulevé par les médecins interrogés étaient également de préserver le **confort** du patient, en lui évitant par exemple un passage inutile aux urgences, lorsque celui-ci peut être géré en téléconsultation par le médecin traitant du résident. Plusieurs enquêtes vont également dans ce sens, comme celle réalisée en Gironde sur les télé-usages en EHPAD, où médecin, équipe soignante de l'EHPAD et résidents ont été interrogés et rapportent tous un avantage certain quant au confort des résidents (27).

Enfin, la téléconsultation en EHPAD permet également d'augmenter le lien de confiance entre le médecin généraliste et l'équipe paramédicale de l'EHPAD. En effet, l'effecteur présent en EHPAD lors d'une téléconsultation a un rôle important, il représente "les mains" du médecin resté à son cabinet médical. Cela a eu un effet positif sur la relation, la confiance des médecins envers l'équipe paramédicale d'après les résultats de notre étude, et ceux d'autres études comme celle de T. Messon, où le rapprochement avec l'équipe est un des bénéfices les plus cités (21). En effet, la notion de relation de confiance envers l'effecteur présent en maison de retraite lors de l'acte de téléconsultation a largement été évoqué dans notre étude.

La télémédecine apparaît alors comme un outil de communication permettant un temps d'échange certain entre le médecin traitant et son résident, mais également avec l'équipe paramédicale. Dans la littérature, on retrouve également cet argument positif, notamment dans le travail de C. Haller, qui souligne l'intérêt des échanges pluri professionnels interactifs avec l'IDE, l'aide-soignant, et le médecin par exemple. (28) On peut penser notamment aux soins de pansement, où les connaissances de l'un et de l'autre sont complémentaires. La programmation d'une téléconsultation permet au médecin et à l'équipe de convenir d'un créneau où chacun est

pleinement disponible. Cette amélioration de la coordination entre le médecin généraliste et l'EHPAD évite de multiplier les visites, et représente ainsi des économies pour l'Assurance maladie.

Réaction des résidents

Il ne faut pas oublier que la moyenne d'âge des résidents d'EHPAD, en 2015, était de 86 ans et 5 mois, (29) et qu'ils ont été de ce fait habitués à une médecine traditionnelle, chez leur médecin de famille, ce qui peut expliquer la perception de stress des résidents, ressentie par certains des médecins interrogés dans notre étude. En effet, pour certains patients, la visite du médecin généraliste peut représenter la seule visite d'une personne de l'extérieur. Il convient alors au médecin généraliste et à l'équipe paramédicale de l'EHPAD de trouver un juste milieu afin d'adapter au mieux les consultations au bien-être social du résident, comme expliqué dans les recommandations de bonnes pratiques du programme de qualité de vie en EHPAD (30).

Mais globalement, du point de vue des médecins généralistes interviewés, les réactions des résidents ayant participé à des téléconsultations étaient plutôt positives, la description allant de l'amusement, à une totale adhésion.

Les données de notre étude sont cohérentes avec les différents articles de la littérature à propos de la réaction des résidents. On peut citer le travail de M. Desbordes : en EHPAD, « Les téléconsultations sont bien acceptées par les patients et les professionnels » (31), en effet cette étude qualitative interrogeant des psychiatres recueille des retours favorables lors des téléconsultations.

On peut aussi faire le lien avec une étude portant sur les réactions de personnes adultes en situation de handicap, vivant en foyer spécialisé et médicalisé. Dans cette étude, « cent pour cent des patients étaient satisfaits à très satisfaits et 93 % étaient compliants à très à l'aise à ce mode de consultation » (32).

Certains médecins ont décrit une indifférence de certains des résidents, avec comme principale explication l'état neurologique de démence de ces derniers. En effet, comme expliqué dans le Collège National de Gériatrie, le vieillissement entraîne parfois des troubles neurosensoriels pouvant dégrader la communication (33). L'usage du numérique dans la santé doit alors

s'adapter aux personnes âgées dépendantes. C'est là un des enjeux de la téléconsultation en EHPAD : optimiser la qualité des soins en permettant un échange médical alors que celui-ci aurait été difficilement réalisable sans la plateforme numérique.

Améliorations possibles

La télémédecine, et en particulier la téléconsultation a apporté une modernisation dans le monde médical. Ces technologies récentes sont soumises à des améliorations techniques au fur et à mesure des années, pour convenir au mieux au public touché.

Les attentes d'**améliorations techniques**, c'est à dire l'amélioration du matériel connecté dédié à la téléconsultation, ou encore de la qualité du réseau internet, sont majoritaires dans notre étude. En effet, la téléconsultation fait partie des outils numériques, qui demandent sans cesse à évoluer, grâce aux différentes avancées technologiques de ces dernières années. En effet, tout comme nous pouvons faire la comparaison avec nos smartphones, la qualité sonore, ou visuelle s'améliore d'année en année sur nos appareils connectés, et les médecins interrogés attendent une qualité optimale de leur matériel de téléconsultation, afin de pouvoir examiner à distance dans les meilleures conditions possibles pour leurs résidents d'EHPAD. Cette demande est également retrouvée dans d'autres thèses d'exercice, où la demande d'amélioration technique, surtout pour l'auscultation cardiaque, revient chez la plupart des médecins interrogés (28).

La mise à disposition dans certains EHPAD de matériel connecté, piloté par l'équipe paramédicale est une avancée majeure dans la modernisation de ces établissements. (17). On peut alors se poser la question de la **confidentialité** de la téléconsultation médicale, lorsqu'elle est réalisée en présence d'une partie de l'équipe paramédicale. Du point de vue du secret médical, il est tout à fait respecté étant donné que le médecin échange régulièrement avec l'équipe ; mais il est légitime de se demander si le patient garde le même comportement, le même discours en téléconsultation, en présence des infirmières, que lorsqu'il est seul dans sa chambre avec son médecin traitant. Ces doutes sont retrouvés dans la littérature comme dans le travail de C. Haller, où la délégation de l'examen clinique engendre à la fois une frustration chez les médecins interrogés et une baisse de confiance chez les patients (28).

Une des propositions d'amélioration serait de pouvoir proposer un matériel connecté, moins encombrant, que l'équipe paramédicale pourrait laisser à disposition pour une téléconsultation.

Ainsi, le médecin, à son cabinet, pourrait téléconsulter son patient résident, resté dans sa chambre, seul, avec la tablette.

Ce genre de téléconsultation pourrait avoir un intérêt lors de manifestations d'épisode dépressif, où l'entretien avec le patient semble plus important que l'examen clinique et paraclinique en lui-même, afin d'être au plus proche de ce que le résident aurait dit en présentiel. Evidemment, ce genre de téléconsultations ne pourrait se faire qu'avec des résidents dont l'état cognitif le permettrait.

D'autre part, dans un souci d'avancée écologique, point important de nos jours, les téléconsultations pourraient donner lieu à des ordonnances 100 % dématérialisées, en les adressant directement à la pharmacie d'officine concernée. Ceci pourrait également être envisagé pour chaque acte de téléconsultation, y compris pour les patients à leur domicile, qui pourrait se contenter de se rendre en pharmacie avec les ordonnances en format numérique.

Il paraît également nécessaire du point de vue des médecins généralistes d'avoir une équipe paramédicale formée à la téléconsultation, dans son ensemble : de l'aspect technique que nécessite ce genre de matériel numérique, à la connaissance des bons motifs de téléconsultation. En effet, il apparaît une certaine dérive des motifs de téléconsultations, entraînant plutôt une perte de temps et d'énergie pour l'ensemble des acteurs, comme décrit par des médecins interrogés pour ce travail de thèse.

Impact de la COVID19 sur les téléconsultations

Il est à noter que les deux premiers entretiens ont été réalisés avant les mesures de confinement national de mars 2020, et que je n'ai donc pas de résultats sur l'impact du COVID19 pour ces deux premiers entretiens.

La période de crise sanitaire qui a débuté en mars 2020 a bouleversé l'utilisation de la télémédecine. Le nombre de téléconsultations a augmenté dans toutes les spécialités médicales, et la spécialité de médecine générale n'échappe pas à la règle, au contraire, comme le souligne le rapport de l'assurance maladie : « L'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire s'est révélé très significatif avec une part prépondérante réalisée par les médecins généralistes. » (34).

Les résultats de notre étude révèlent un impact majeur, avec une utilisation beaucoup plus importante, voire même un début de téléconsultation en EHPAD, au début de cette pandémie. Ces données concordent tout à fait avec les chiffres relevés par l'assurance maladie pour l'ensemble des professions libérales en début d'année 2020, « de quelques milliers par semaine avant les mesures de confinement le nombre de téléconsultations remboursées à rapidement atteint environ 1 million par semaine ». (34)

Reste maintenant à percevoir l'avenir de cet outil numérique en EHPAD et également en dehors. Notre travail relève un certain nombre d'incertitudes concernant la pérennité de la téléconsultation en EHPAD. En effet, les limites d'examen clinique d'une téléconsultation ainsi que l'isolement déjà majeur de certains résidents, semblent être des freins assez importants pour que les médecins généralistes aient moins recours aux téléconsultations lorsque les mesures sanitaires seront assouplies. Ces doutes se retrouvent également dans d'autres travaux, comme celui de F. PEL dans sa thèse d'exercice, où les médecins interrogés pensent que la téléconsultation va perdurer, mais qu'elle seule ne permettra pas de résoudre les problématiques d'offre de soin (35).

Conclusion

L'objectif de ce travail de thèse était de connaître l'accueil de la téléconsultation en EHPAD par les médecins généralistes des Hauts De France, ainsi que leurs propositions. Notre étude a permis de recueillir ces avis. Il en ressort un accueil favorable dans l'ensemble, avec certaines limites.

Ce travail a montré que le lien entre les médecins généralistes et les équipes paramédicales était précieux, et qu'il paraissait important de le conserver, de l'enrichir. La relation de confiance permettait des échanges entre les deux, facilitant ainsi les soins. L'outil de téléconsultation en EHPAD, bien utilisé semblait être une aide supplémentaire pour les médecins généralistes qui l'utilisaient. C'est un outil numérique avec ses forces : gain de temps, dispense de trajets répétés à l'EHPAD, renforcement du lien avec l'équipe paramédicale, et ses faiblesses : une qualité de matériel connecté parfois à reconsidérer, des difficultés techniques.

L'ensemble des médecins généralistes interrogés lors de cette étude était d'accord pour dire que la téléconsultation en EHPAD leur permettait d'améliorer leur disponibilité, notamment lors la période de crise sanitaire que nous avons traversé au cours des derniers mois.

Au total, le médecin généraliste voit son nombre de confrères diminuer au fil des années, avec au contraire une population française vieillissante qui ne cesse d'augmenter. Alors que l'emploi du temps d'un médecin généraliste est souvent chargé, et cela est d'autant plus vrai dans des zones sous dotées en médecins, comme dans certains territoires de notre région des Hauts-De-France, une visite impromptue en EHPAD semble parfois difficile à ajouter. L'enjeu est maintenant de savoir si la téléconsultation pourra maintenir sa place en EHPAD au cours des années à venir, si les médecins, ainsi que l'équipe paramédicale des établissements trouveront l'équilibre entre les consultations à distance et en présentiel. Le programme PREDICE a pour ambition d'offrir un panel d'outils numériques aux acteurs du système de santé des HDF. Son inscription dans la feuille de route nationale « Ma Santé 2022 » lui prévoit un avenir favorable.

Les évolutions de cet outil sont multiples, notamment pour les demandes de consultations spécialisées, la télé expertise pourrait être favorisée en EHPAD, afin d'éviter des transports fastidieux aux personnes âgées fragilisées. Une autre étude qualitative pourrait être envisagée sur l'intérêt des médecins généralistes ainsi que des spécialistes d'organes sur la généralisation de la télé expertise en EHPAD.

Annexes

Annexe 1 : Grille AGGIR : Source Gérontologie en institution. Dr Lucien Mias. 1998, actualisé en juin 2009.

Nom et prénom M. Sec. Soc. Adresse Né(e) le Âge		Date de l'évaluation				Fiche récapitulative AGGIR	
Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)	S = Spontanément H = Habituellement T = Totalelement C = Correctement				Code	Code final
		S	T	C	H		
1. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Elimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Codage intermédiaire

Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).

Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.

- Si aucun adverbe n'est coché codez A.
- (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)
- Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas)
- Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B.

Codefinal si sous-variables

- Cohérence :
 - AA = A ;
 - CC, CB, BC, CA, AC = C ;
 - AB, BA, BB = B
- Orientation :
 - AA = A ;
 - CC, CB, BC, CA, AC = C ;
 - AB, BA, BB = B
- Toilette :
 - AA = A ;
 - CC = C ;
 - Autres = B
- Habillage :
 - AAA = A ;
 - CC = C ;
 - Autres = B
- Alimentation :
 - AA = A ;
 - CC, BC, CB = C ;
 - Autres = B
- Élimination :
 - AA = A ;
 - CC, BC, CB, AC, CA = C ;
 - Autres = B

Groupe iso-ressources

Défini par le système informatique

Annexe 2 : Mail envoyé par l'URPS pour recrutement médecins généralistes pour entretien

Bonjour,

L'URPS Médecins Hauts de France soutient la thèse de Madame Noël (en copie de ce mail), interne en médecine générale, dont la question de recherche est la suivante : Quelles sont les motivations des médecins généralistes à l'utilisation de la télémédecine en EHPAD ?

Que vous utilisiez la télé consultation en EHPAD, avec ou sans charriot, avant, pendant ou après la période COVID-19 et le confinement, ou non, seriez-vous intéressé pour participer aux entretiens (présentiel ou en visio) d'analyse avec Madame Noël ? Si vous en êtes d'accord, alors merci de répondre par mail en laissant vos coordonnées.

Par avance merci de votre participation sur ce sujet,
Restant disponible,
Cordialement,

...

Annexe 3 : Script d'entretien

Légendes : en bleu, les relances possibles.

Thèse : Quel est l'accueil de la télémédecine en EHPAD par les médecins généralistes ?

Script d'entretien

Bonjour, je m'appelle Sandra NOEL, je suis interne de 6ème semestre de médecine générale.

Tout d'abord merci d'accepter de participer à cette étude qui permettra de réaliser mon travail de thèse, avec mon directeur de thèse, le Dr TREHOU.

J'effectue mon travail sur **l'utilisation de la télémédecine par les médecins généralistes en EHPAD, et en particulier les téléconsultations.**

Cet entretien sera enregistré afin d'analyser les différentes réponses. Il sera anonymisé, afin que vous puissiez répondre en toute sérénité.

Les différentes questions portent sur **votre** utilisation de la télémédecine : vos attentes, votre perception, les points positifs mais également les améliorations possibles.

Evidemment, vous pourrez évoquer lors de l'entretien les changements en lien avec la COVID19.

1. Comment avez-vous eu connaissance de ce nouvel outil dans l'EHPAD où vous exercez ? *(Réunion, note informative, mails ?)*
2. Quelle a été votre formation à la télémédecine ? *(Support papier, numérique, entretien)*
3. Que représente pour vous la télémédecine à l'EHPAD où vous travaillez ? Depuis quand l'utilisez-vous ? *(TC en dehors de l'EHPAD ?)*
4. En quoi cet outil améliore-t-il votre pratique au quotidien ? **Quels sont les aspects de la TM qui améliore votre pratique au quotidien** *(Gain de temps, meilleures conditions pour les patients ne pouvant pas se déplacer, lien avec l'hôpital ?) aspects auxquels vous êtes favorables ?*
5. Pouvez-vous me citer une ou plusieurs situations de votre utilisation courante de la télémédecine *(téléconsultation ? renouvellement d'ordonnance ? consultation non prévue ? téléexpertise ?)*
6. Citez-moi si possible des exemples de consultations où la télémédecine a résolu une situation que la médecine traditionnelle n'aurait pas pu résoudre ? *(Gain de temps, avis spécialiste)*
7. Comment vos résidents ont-ils réagi à la suite de cette nouvelle méthode de consultation ? notamment pour la téléconsultation ? *(Content, indifférent, mécontentement ? Notion d'attente, notion de fatigue ?)*
8. Quelles sont les difficultés que vous avez déjà rencontrées ? *(Informatique, perte de temps, rémunération)*
9. Avez-vous des idées d'amélioration de cet outil numérique ?
10. Question subsidiaire **si COVID19 non évoqué auparavant** : Quel a été l'impact de la pandémie de COVID, et des mesures sanitaires en vigueur sur votre utilisation de la télémédecine ?

Annexe 4 : Un exemple d'entretien retranscrit

13.12.2019 14m49sec. Contexte : au cabinet, en présentiel.

Bonjour, je m'appelle Sandra Noel, je suis interne de 5 -ème semestre de médecine générale.

Tout d'abord merci d'accepter de participer à cette étude qui permettra de réaliser mon travail de thèse, avec mon directeur de thèse, le Dr Trehou.

J'effectue mon travail sur l'utilisation de la télémédecine par les médecins généralistes en EHPAD, et en particulier les téléconsultations.

Cet entretien sera enregistré afin d'analyser les différentes réponses. Il sera anonymisé, afin que vous puissiez répondre en toute sérénité.

Les différentes questions portent sur votre utilisation de la télémédecine : vos attentes, votre perception, les points positifs mais également les améliorations possibles.

Q1 Alors tout d'abord comment avez-vous eu connaissance de ce nouvel outil dans la maison de retraite où vous exercez ?

Euh ... C'est par mon collègue qui allait beaucoup en réunion et qui Comme il est élu URPS, il a été sollicité pour mettre en place ce dispositif. Donc comme on était que 2 intervenants, et qu'il ne pouvait pas le faire tout seul, il m'a demandé de l'accompagner dans ce nouveau projet.

D'accord, donc c'est par votre collègue, par oral ?

Oui par oral.

Ok,

Q2 : Quelle a été votre formation à son utilisation ?

Euh, sur place par les techniciens du logiciel, qui sont venus pour nous l'installer, qui sont venus, qui nous ont guidé, suivi, ça a duré au moins ... plusieurs semaines. Donc régulièrement, ils venaient, un technicien sur place ici [sous-entendu au cabinet], et un technicien là-bas dans l'établissement et qui faisait les paramétrages et qui réglait au fur et à mesure les difficultés rencontrées, que ce soient des problèmes de connexion, des problèmes de câblage, les problèmes de paramétrages. Voilà.

Donc du coup votre point de vue par rapport à cette formation ? Satisfait, c'était suffisant ?

Ah *lève les sourcils*, après c'était C'est comme pour tout, il faut pratiquer pour voir quels problèmes on rencontre et les résoudre au fur et à mesure. Au début on a quand même été assez régulièrement en contact avec la hotline qui prenait la main sur les ordinateurs pour régler, pour affiner les paramétrages et tout ça. Globalement là, depuis 6-8mois, il n'y a plus trop de problèmes techniques, on arrive à gérer au coup par coup quand il y a un problème technique, on y arrive.

D'accord.

Q3 : que représente pour vous la télémédecine à l'EHPAD ou vous travaillez ?

Euh.... Notre objectif, c'est que l'EHPAD elle est éloignée, donc l'objectif de l'installation de la télémédecine c'était de pouvoir répondre à un problème aigu, sans avoir besoin de se déplacer, parce qu'il n'y a pas de médecin, parce qu'il n'y a pas, enfin on est à un quart d'heure, 20 minutes, on ne peut pas se déplacer à tout bout de champs ce n'est pas possible. Donc l'objectif c'est de pouvoir répondre à un problème aigu, rapidement, et de ne pas envoyer inutilement des gens aux urgences, si on peut déjà répondre, ou donner un traitement, ou dire nan là je ne peux rien faire il faut l'envoyer aux urgences, mais c'est éviter des hospitalisations, des passages inutiles aux urgences, pour des personnes qui sont déjà fragilisées et qui peuvent des fois passer des demi-journées allongées sur un brancard, sans que cela soit utile.

D'accord

Q4 : en quoi cet outil améliore votre pratique, à vous, au quotidien ?

A moi, je ne pense pas que ça l'améliore, *rires* euh... ça ne me prend pas moins de temps de faire une téléconsultation, je dirais même que ça me prend plus de temps, euh je pense que c'est un très bon outil si il est bien utilisé, mais ce n'est pas à utiliser pour le tout-venant, quelqu'un qui peut se déplacer au cabinet, doit se déplacer au cabinet, et euh la télémédecine c'est pour répondre à un problème aigu, un problème de distance, une impossibilité de déplacement de l'un et de l'autre.

D'accord

Q5 : est-ce que vous pouvez me citer quelques situations, vous m'avez déjà un peu expliqué, mais, les situations les plus courantes :

Actuellement, j'en fait beaucoup, pour nous habituer, on fait beaucoup de renouvellements de traitements, on les prévoit à l'avance pour que l'on s'habitue, pour que les infirmières s'habituent à manier le logiciel et nous aussi, euh après euh il m'est déjà arrivé des épisodes de toux fébriles, j'étais passé la veille ou l'avant veille et entre temps il y avait quelqu'un qui se mettait à faire de la fièvre ou à tousser, euh ou euh j'avais vu quelqu'un la veille ou l'avant-veille et qu'il fallait que je revois pour adapter le traitement. Notamment une dame qui était euh... Pas en fin de vie à l'époque, mais elle n'était pas douloureuse quand je l'avais vu la veille et là elle était douloureuse et fébrile. Qu'est-ce que qu'il y a eu d'autre ... *réfléchit*... Retour d'hospitalisation ! Il [sous-entendu le patient] était rentré dans l'après-midi, j'étais passé le matin, euh donc il y avait des traitements à modifier, voilà ça a été modifié en direct, plutôt que de le faire au téléphone, sans voir le patient, des fois, juste avec l'infirmière, mais là j'avais le patient, non pas en face de moi mais comme s'il était en face de moi et j'ai pu voir la plaie, enfin la cicatrice de l'opération et voilà.

D'accord, donc les situations principales c'est le renouvellement d'ordonnance ?

Oui, actuellement, beaucoup de renouvellements d'ordonnance, c'est essentiellement pour se faire la main, et pis après c'est je ne sais pas, un épisode fébrile qui ne peut pas attendre la prochaine visite, une sortie d'hospitalisation avec des modifications de traitements, ou je ne sais pas j'aurais tendance à dire tout problème aigu, qui ne peut pas attendre la visite de la semaine suivante.

D'accord, du coup nouvelle question,

Q6 : la télémédecine a-t-elle résolu une ou plusieurs situations que la médecine traditionnelle n'aurait pas permis de résoudre ?

Ça aurait permis de la résoudre mais peut être nécessitant un déplacement, et peut être en décalé, enfin pas immédiatement, avec un problème, euh peut être décalé dans le temps, en tout cas maintenant c'est plus rapide.

D'accord, donc plutôt une notion de temps ?

Oui voilà, une prise en charge plus rapide, en tout cas, plus rapide que ce qu'elle n'aurait été ou alors peut-être moins bien si on avait dû gérer par téléphone avec l'infirmière sans voir le patient.

D'accord

Q7 : alors maintenant, comment vos résidents ont-ils réagit à cette nouvelle méthode de consultation ?

Alors euh ... c'est ... *sourit*, certains très bien, c'est rigolo, ils passent à la télé, euh, il y en a qui ont du mal à me reconnaître ! *Rires*, ah oui je le connais je l'ai déjà croisé, je ne sais pas qui sait, voilà il y en a on a beau leur dire avant je vous voit demain en télé-médecine, bon ils sont un peu perdus, mais bon dans cette maison de retraite c'est un peu particulier, il y a beaucoup de psychiatrie et de démence, donc forcément, ça pose d'autres problèmes, mais bon globalement, ça les stresse, ça les stresse beaucoup que ça se passe comme ça, ils ne se savent pas où regarder, elle est ou la caméra ? Euh mais bon après une ou 2 fois ça se passe bien.

D'accord, donc globalement ?

Globalement, plutôt positif.

D'accord

Q8 : quelles sont les difficultés que vous avez déjà rencontrées ?

Alors il y a un décalage entre l'image et le son, ça peut être un peu perturbant. D'autant plus que je m'entends parler des fois, je parle, et ça revient donc euh après des fois il y a des coupures de réseau, parce qu'ici nous sommes dans une zone où il n'y a pas encore la fibre.

Ça va être résolu quand il y aura la fibre, peut être que tout ça, quand il y aura la fibre et bien on n'en parlera plus ! D'autant plus que lorsqu'ils nous ont boosté la 4G, euh pour les démos et puis tout ça, ça marchait très bien, il n'y avait pas de problème ! Donc je pense qu'avec la fibre, il y aura pleins de problèmes qui n'existeront plus, qui ne seront plus d'actualité.

Euh, après c'est des problèmes techniques, d'adaptation de fils, on n'entend pas bien parce que ce n'est pas bien connecté, bon, dans ces cas là voilà, c'est vrai que l'auscultation cardiaque et l'auscultation pulmonaire, sur quelqu'un de corpulent on entend beaucoup moins bien, mais j'aurais tendance à dire avec un stéthoscope normal c'est pareil !

D'accord donc, vous me parlez là de tout ce qui est matériel, vous ne m'avez pas évoqué tout ce qui était rémunération cotation.

Alors rémunération cotation, oui. *Soupir* ... C'est coté TCG, 25^E, au même titre qu'une consultation, on envoie des FSE, on n'a pas besoin de la carte vitale.

Ça pose juste problème pour les patients sans CMU ou ALD, où la partie mutuelle euh je ne sais pas encore comment se faire payer cette partie-là.

Donc moi je fais une facture que j'envoie au résident, je n'ai pas encore trouvé d'autres méthodes. Sûrement qu'il y en a, euh sinon il faut que j'arrive à rentrer correctement la mutuelle dans le logiciel, que j'appelle l'autre logiciel, qui essaye de me redire à chaque fois, « nous faisons de la téléconsultation », bon, et que je ne veux pas leur système qui est moins bien que lui qu'en a actuellement.

D'accord, du coup pour ce type de patient là, vous faites le tiers payant ?

Oui, je fais le tiers payant, et puis j'envoie une facture pour la partie mutuelle.

D'accord, donc ça c'est encore

Et le deuxième problème que j'ai rencontré, c'est quand les droits ne sont pas à jour dans mon ordinateur et, où je ne peux pas faire de FSE, mon logiciel le refuse... donc il faut que les droits patients soient à jour aussi dans mon ordinateur. Donc si la carte vitale du patient n'a pas été remise à jour et que je n'ai pas passé la carte vitale au cours d'un autre acte, et que je n'ai pas rebranché ma machine dessus, et bien, je suis obligé de faire une feuille de soins papier.

D'accord

Il y a toujours des solutions hein, on s'adapte, mais c'est plus contraignant.

Et donc enfin

Q9 : est-ce que vous avez des idées, des propositions pour améliorer cet outil ?

Alors déjà nous il nous faut la fibre ! *Rires* c'est voilà, pour ici, ce n'est pas un problème mais pour l'EHPAD, ce n'est même pas l'ADSL c'est l'ASDSL, oui, l'ADSL il n'y a qu'un flux et l'ASDSL c'est pareil dans les 2 flux.

D'accord

Donc on ne passe même pas par notre box, on passe par l'ASDSL pour avoir autant de flux entrant que de flux sortant. Ben oui pour la vidéo ... Après euh, ils essayent d'améliorer régulièrement leur logiciel, le problème c'est que nous, ils n'informent pas forcément les utilisateurs, donc euh ... à la dernière minute, on perd du temps.

Le plus gros problème ici, c'est le débit ; voilà si on n'avait pas ce problème de débit là, il y aurait beaucoup moins de blocages. Après il faut améliorer le son sur les appareils connectés

mais ça ça dépend plus du programmeur de logiciel que de Je ne sais pas, la comme ça je ne vois pas d'autres euh

Bah, il y a des évolutions possibles c'est sûr, mais comme on est testeurs, on était testeurs en fait au départ, donc forcément on doit voilà il y a tels problèmes, donc ils apportent des évolutions, des améliorations sur leur logiciel, qui des fois ne sont pas des améliorations et on leur dit ah nan nan il faut revenir en arrière là. On essuie les plâtres, mais bon, c'est pas grave... Globalement, c'est quand même assez fonctionnel, à l'heure actuelle c'est assez fonctionnel, il y a toujours des améliorations à faire mais c'est quand même assez fonctionnel, c'est pas trop compliqué d'utilisation, il n'y a pas trop de manipulations à faire, ça reste raisonnable.

Voilà, non avons terminé, merci beaucoup.

Avec plaisir.

Références bibliographiques

1. INSEE, Tableaux de l'économie française (en ligne). Edition 2020. Consulté le 03 avril 2021, disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#tableau-figure1>
2. Champion JB, Collin C, Glénat P et al.. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee Première N°1767. Juillet 2019. Page 1
3. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Comment le GIR est-il déterminé ? (En ligne). France. CNSA, (modifié le 28 janvier 2021, cité le 03 février 2021). Disponible sur <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>
4. Champion JB, Collin C, Glénat P et al.. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee Première N°1767. Juillet 2019. Page 4.
5. BRAMI G. Les paradoxes de l'évolution des EHPAD (en ligne). Cairn.info 2013/3 n°91 pages 56 à 61. Disponible sur <https://www.cairn.info/journal-empan-2013-3-page-56.htm>
6. République Française. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel du 1 juillet 1975.
7. BRAMI G. Les paradoxes de l'évolution des EHPAD (en ligne). Cairn.info 2013/3 n°91 pages 57. Consulté le 20 janvier 2021, disponible sur <https://www.cairn.info/journal-empan-2013-3-page-56.htm>
8. Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie. Le médecin coordonnateur (en ligne). France. CNSA, (modifié le 07/12/2020, cité le 20 janvier 2021) Disponible sur <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-medecin-coordonnateur>
9. Ordre National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2020. Paris (France). (Pages 55 à 65). Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

10. République Française. Code de la santé publique – Article L1110-8 (en ligne). Paris (France). République Française (consulté le 28 décembre 2020). Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685751>
11. République Française. Code de la santé publique – Article L162-. (En ligne). Paris (France). République Française (consulté le 28 décembre 2020). Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGIARTI000006741332&cidTexte=LEGITEXT000006073189>
12. Code de la santé publique. Article L6316-1 (En ligne) version en vigueur depuis le 27 juillet 2019. (Consulté le 12 décembre 2020, mis à jour le 27 juillet 2019). Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059/2019-07-27
13. Ministère des solidarités et de la santé. La télésanté (En ligne). France. (Consulté le 04 mars 2021, mis à jour le 03 février 2021). Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesante#>
14. Moukabary T. Willem Einthoven (1860-1927): Father of electrocardiography. *Cardiol J.* 2007;14(3):316–7.
15. Wittson CL, Benschoter R. Two-Way Television: Helping the Medical Center Reach Out. *Am J Psychiatry.* 1972 Nov 1;129(5):624–7. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf
1959 psychiatrie source HAS
16. J.-Y. Nau *Revue Médicale Suisse* 2001 ; volume -3. 467 “opération Lindbergh”
17. Europe en France, PREDICE déploie la télémecine en Hauts De France
<https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/projets/predice-deploie-la-telemedecine-en-hauts-de-france>
18. PREDICE, ma Santé Haut De France, (en ligne) <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/39108/download>
19. Conseil National de l’Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale en France (en ligne). 2020. Disponible sur <https://www.conseil->

national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

20. Durupt M. La télémédecine en Meuse et dans le sud-toulois, perceptions et attentes des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy ; 2016
21. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Bordeaux ; 2017.
22. URPS-ML. Fiche mémo – Utilisation du service de téléconsultation Predice (en ligne), 2020. Consulté le 29/04/2021, disponible sur <https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2020/04/Comment-utiliser-service-teleconsultation-fiche-memo.pdf>
23. CHU Amiens. Télémédecine : un enseignement novateur pour médecins et ingénieurs. CHU Réseau, L'actu des CHU ; 2013, disponible sur <https://www.reseau-chu.org/article/telemedecine-un-enseignement-novateur-pour-medecins-et-ingenieurs>
24. Hauger I. La télémédecine gériatrique en France : enjeux et défis. Revue Générale Droit Médical (en ligne). Sep 2016. Disponible sur <http://tgem.fr/wp-content/uploads/2016/09/Telemedecine-geriatrique-enjeux-et-defis.pdf>
25. Gheorghiu M, Guillemot D, Moatty F. Préparation de l'enquête COI Les changements organisationnels et leurs outils. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques ; Nov 2007
26. Bur N, La visite en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : perception et attentes réciproques du médecin traitant et de l'infirmier. Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy. Mar 2017. Disponible sur <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932028/document>
27. Abraham M, Langlois E. Télé-usages, freins et leviers à l'adoption de la télémédecine en EHPAD. Centre Emile Durkheim, Université de Bordeaux. Aou 2016.
28. Haller C. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux, 2018.

29. Statista, Âge moyen des résidents accueillis en EHPAD en France en 2015, selon la catégorie d'établissement. 2017, disponible sur <https://fr.statista.com/statistiques/727962/nombre-age-moyen-residents-ehpad-france/>
30. Qualité de vie en EHPAD (Volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; 2011
31. Desbordes M, Nebout S, Grès H, Guillin O, Haouzir S. La télémédecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. Oct 2015 1;15(89):270–273.
32. Mangeney K, Carnein S, Michot A, Noblet-Dick M. Retour d'expérience : 3 mois de télémédecine en foyer spécialisé et médicalisé pour personnes handicapées adultes. Eur Res Telemed. Sep 2014. 1;3(3):105–115, Disponible sur <https://www.em-consulte.com/article/924955/retour-d-experience%C2%A0-3%C2%A0mois-de-telemedecine-en-foy>
33. Collège National de Gériatrie, 4ème édition, Paris, Elsevier Masson, 2018. Item 130 : Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. 197-214.
34. Assurance maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. (En ligne), Jui 2020. Pages 150-159. Disponible sur https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf
35. PELISSIE DU RAUSAS F. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA [Thèse d'exercice]. Faculté médicale et paramédicale de Marseille. Fev 2021. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03153662/document>

Résumé

Introduction : L'optimisation du système de santé est au cœur des interrogations de notre gouvernement. Pour faire face au manque de médecins généralistes, et au nombre grandissant de patients en EHPAD, la téléconsultation est alors envisagée. Comment les médecins généralistes ont-ils accueilli ce nouvel outil ?

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative a été réalisée par entretien individuel, auprès de 8 médecins généralistes des Hauts-De-France. À la suite du codage, différents thèmes et sous-thèmes se sont dégagés, amenant aux résultats suivants.

Résultats : Les médecins généralistes ont surtout eu connaissance de la possibilité des téléconsultations en EHPAD par leur réseau professionnel. La formation était essentiellement pratique, mais loin d'être systématique. La téléconsultation était appréciée pour sa facilité d'utilisation, et l'optimisation de la disponibilité des médecins. Les limites de cet outil étaient surtout techniques. Ainsi, les améliorations évoquées allaient dans ce sens. Les motifs de téléconsultation étaient principalement le renouvellement d'ordonnance. On retrouvait aussi des demandes lors de situations aiguës, ou encore pour des démarches administratives.

Les résidents ont bien adhéré à cette méthode de consultation, avec parfois même la notion d'amusement de ces derniers. Lors de troubles déments, l'indifférence prédominait.

La pandémie de COVID19 a largement impacté l'utilisation de la téléconsultation en France, avec une explosion sur les périodes de confinement.

Discussion : L'étude qualitative était un choix adapté à ce travail, avec un échantillon plutôt représentatif de la population ciblée. Nos résultats sont dans l'ensemble cohérents avec ceux de la littérature, cependant peu de données concernant l'impact de la COVID19 ont été retrouvées.

Conclusion : Au total, la téléconsultation en EHPAD a été bien accueillie, notamment lors de cette période de crise sanitaire. L'enjeu est alors de voir la pérennité de son intégration en EHPAD au cours des années à venir.

Résumé en anglais :

Objective : Optimizing the health care system is at the heart of our government's questions. To cope with the lack of general practitioners, and the growing number of nursing home patients, teleconsultation is then considered. How have general practitioners received this new tool?

Methods : This qualitative study was carried out by individual interviews with 8 general practitioners from Hauts-De-France. Following the coding, different themes and sub-themes emerged, leading to the following results.

Results : The general practitioners were especially aware of the possibility of teleconsultations in nursing homes by their professional network. The training was mostly practical, but far from systematic. Teleconsultation was appreciated for its ease of use, and the optimization of physician availability. The limitations of this tool were mostly technical. Thus, the improvements mentioned went in this direction. The reasons for the teleconsultation were mainly prescription renewals. We also found requests in acute situations, or for administrative procedures. Residents have adhered well to this method of consultation, sometimes even with the notion of having fun. In dementia, indifference prevailed. The COVID19 pandemic has had a major impact on the use of teleconsultation in France, with an explosion during periods of confinement.

Discussion: The qualitative study was an appropriate choice for this work, with a sample rather representative of the target population. Our results are generally consistent with those in the literature, however little data regarding the impact of COVID19 has been found.

Conclusion : All in all, the teleconsultation in nursing homes has been well received as a whole, especially during this period of a health crisis. The challenge is then to see the sustainability of its integration in nursing homes over the years to come.

Serment d'Hippocrate

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Télémédecine en EHPAD : accueil et propositions des médecins généralistes

Introduction : L'optimisation du système de santé est au cœur des interrogations de notre gouvernement. Pour faire face au manque de médecins généralistes, et au nombre grandissant de patients en EHPAD, la téléconsultation est alors envisagée. Comment les médecins généralistes ont-ils accueilli ce nouvel outil ?

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative a été réalisée par entretien individuel, auprès de 8 médecins généralistes des Hauts-De-France. À la suite du codage, différents thèmes et sous-thèmes se sont dégagés, amenant aux résultats suivants.

Résultats : Les médecins généralistes ont surtout eu connaissance de la possibilité des téléconsultations en EHPAD par leur réseau professionnel. La formation était essentiellement pratique, mais loin d'être systématique. La téléconsultation était appréciée pour sa facilité d'utilisation, et l'optimisation de la disponibilité des médecins. Les limites de cet outil étaient surtout techniques. Ainsi, les améliorations évoquées allaient dans ce sens. Les motifs de téléconsultation étaient principalement le renouvellement d'ordonnance. On retrouvait aussi des demandes lors de situations aiguës, ou encore pour des démarches administratives. Les résidents ont bien adhéré à cette méthode de consultation, avec parfois même la notion d'amusement de ces derniers. Lors de troubles déments, l'indifférence prédominait.

La pandémie de COVID19 a largement impacté l'utilisation de la téléconsultation en France, avec une explosion sur les périodes de confinement.

Discussion : L'étude qualitative était un choix adapté à ce travail, avec un échantillon plutôt représentatif de la population ciblée. Nos résultats sont dans l'ensemble cohérents avec ceux de la littérature, cependant peu de données concernant l'impact de la COVID19 ont été retrouvées.

Conclusion : Au total, la téléconsultation en EHPAD a été bien accueillie, notamment lors de cette période de crise sanitaire. L'enjeu est alors de voir la pérennité de son intégration en EHPAD au cours des années à venir.

Mots clefs : télémédecine, EHPAD, téléconsultation

Telemedicine in retirement homes : reception and proposals from general practitioners

Objective : Optimizing the health care system is at the heart of our government's questions. To cope with the lack of general practitioners, and the growing number of nursing home patients, teleconsultation is then considered. How have general practitioners received this new tool?

Methods : This qualitative study was carried out by individual interviews with 8 general practitioners from Hauts-De-France. Following the coding, different themes and sub-themes emerged, leading to the following results.

Results : The general practitioners were especially aware of the possibility of teleconsultations in nursing homes by their professional network. The training was mostly practical, but far from systematic. Teleconsultation was appreciated for its ease of use, and the optimization of physician availability. The limitations of this tool were mostly technical. Thus, the improvements mentioned went in this direction. The reasons for the teleconsultation were mainly prescription renewals. We also found requests in acute situations, or for administrative procedures. Residents have adhered well to this method of consultation, sometimes even with the notion of having fun. In dementia, indifference prevailed. The COVID19 pandemic has had a major impact on the use of teleconsultation in France, with an explosion during periods of confinement.

Discussion: The qualitative study was an appropriate choice for this work, with a sample rather representative of the target population. Our results are generally consistent with those in the literature, however little data regarding the impact of COVID19 has been found.

Conclusion : All in all, the teleconsultation in nursing homes has been well received as a whole, especially during this period of a health crisis. The challenge is then to see the sustainability of its integration in nursing homes over the years to come.

Keywords : telemedicine, nursing homes, teleconsultation