



HAL
open science

Ressenti des marins formés à la médecine à distance dans leur usage de cette compétence en mer

Etienne Kieffer

► To cite this version:

Etienne Kieffer. Ressenti des marins formés à la médecine à distance dans leur usage de cette compétence en mer. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05471455>

HAL Id: dumas-05471455

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05471455v1>

Submitted on 22 Jan 2026

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.1

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 11/02/2025

Par

Etienne KIEFFER

**Ressenti des marins formés à la médecine à distance
dans leur usage de cette compétence en mer**

Dirigée par M. le Docteur Fabien Ramon

JURY

M. le Professeur Henri Partouche

Président

M. le Docteur Fabien Ramon

Directeur

Mme la docteure Marine Bordereau

Membre du jury

M. le docteur Josselin Le Bel

Membre du jury

Remerciements

À M. le Professeur Henri Partouche, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci de l'attention que vous porterez à mon travail.

À Monsieur le docteur Fabien Ramon, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton support en tant que tuteur, et pour tes conseils durant ces dernières années. Merci d'avoir maintenu une implication sans faille malgré la distance.

À Monsieur le docteur Josselin Le Bel, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Votre intérêt pour mon sujet lors de la présentation de ma fiche de thèse a été un moteur pour mon travail.

À Madame la docteure Marine Bordereau, merci pour l'enthousiasme avec lequel tu as accepté de participer à ce jury. Tu as grandement contribué à ma formation pendant ce dernier semestre d'internat et j'ai le plaisir de pouvoir continuer de travailler avec toi.

Aux marins interrogés, je vous remercie de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce travail. Mon admiration pour votre profession n'a fait que grandir au fil de mes recherches et de nos échanges.

À Page, merci pour toutes ces années de rires et d'amour, vivement les prochaines. Merci pour ton soutien infaillible durant ces études qui s'achèvent, merci pour ta relecture et ton aide dans ce travail de thèse.

À mes parents. Vous avez façonné la personne que je suis aujourd'hui. Maman, merci pour ton écoute et tes encouragements constants. Papa, merci pour ta force et ta simplicité.

À mes grands-parents, votre admiration aura participé à la construction de mes rêves.

À mes frères et sœurs, Grégoire, Marie-Jeanne et Sarah. Vous n'avez jamais cru en moi et malgré tout j'ai réussi : que cela vous serve de leçon.

Aux irréductibles des urgences de Tenon, merci d'avoir été les compagnons de cette entrée dans l'internat. À Clotilde, Ilan et François et à nos nombreuses réunions de GEP, merci pour vos relectures et votre soutien. Merci à Khérvy pour les réparations de plomberie à l'hôpital.

À mes colocataires qui s'obstinent à vouloir me suivre, merci de me supporter. Lisa, merci de continuer à me faire rire et merci pour la transcription des entretiens. Thibault, merci de supporter Lisa.

À Arthur, mon partenaire particulier, pour ces périodes de révisions, pour ces fous rires passés et ceux à venir.

À Corentin et Maxime, pour ce groupe de sous colle et pour cette amitié qui reste. À Hugo, merci de nous avoir laissé faire ce groupe de sous colle, merci pour la Chine et nos prochaines missions.

À Anne Sophie et Margot, pour ce stage au Vietnam et ces années d'externat.

Au marin qui a initié cette série d'entretiens, que par mesure de confidentialité nous appellerons Chléo LeBenwen, merci pour ton aide.

À Julien, aussi un peu marin mais pas assez pour participer à l'étude, merci pour cet enfant que nous partageons, prends en soin pendant mon absence.

Aux autres co-internes et à ceux que j'ai croisé durant ces années à l'hôpital, merci pour ces rencontres.

Résumé et indexation en français

Ressenti des marins formés à la médecine à distance dans leur usage de cette compétence en mer

Résumé :

Introduction : Sujet d'actualité, la télémédecine fait partie des pistes d'amélioration sérieuses de notre système de soins. La gestion des situations médicales à bord des navires en mer est un bon exemple de médecine à distance en milieu isolé. Cette étude qualitative s'intéresse au ressenti des marins formés à la télémédecine dans leur usage de cette compétence en mer.

Matériel et Méthodes : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés auprès de dix marins ayant reçu une formation médicale. Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2023 et septembre 2024. La méthode d'analyse des données s'inspire de la théorisation ancrée. Un double encodage a été réalisé pour augmenter la validité interne de l'étude.

Résultats : Les marins expriment une forte conscience de leurs responsabilités et de leurs limites en matière de soins médicaux. Ils font preuve d'autonomie, mais sollicitent rapidement un avis médical extérieur en cas de besoin. La communication avec les médecins à terre et la confiance entre les membres de l'équipage sont essentielles pour assurer des soins efficaces. Des difficultés liées aux diversités culturelles à bord, aux moyens technologiques limités et à une formation jugée utile mais souvent trop courte ont été relevés.

Conclusion : Le marin responsable des soins, à travers l'empathie, la confiance et le soutien psychologique joue un rôle indispensable en milieu isolé. Il assure une présence humaine que la télémédecine seule ne peut remplacer. Toutefois, des améliorations sont nécessaires, notamment en matière de formation pratique et d'organisation des communications.

Spécialité : [DES de médecine générale](#)

Mots clés français : [Télémédecine](#), [soins en milieu isolé](#), [santé en milieu maritime](#), [communication](#), [formation médicale](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Abstract and indexing

Perception of sailors trained in telemedicine regarding their use of this skill at sea

Abstract:

Introduction: Telemedicine is one of the serious propositions for improving our healthcare system. Managing medical situations on board ships at sea is a good example of distance medicine in an isolated environment. This qualitative study focuses on the perception of sailors trained in telemedicine regarding their use of this skill at sea.

Materials and Methods: A qualitative study was conducted through semi-structured interviews with ten sailors who had received medical training. The interviews took place between October 2023 and September 2024. The data analysis method is based on grounded theory. Double coding was used to increase the internal validity of the study.

Results: The sailors express a strong awareness of their responsibilities and limitations in medical care. They demonstrate autonomy but quickly ask for external medical advice when needed. Communication with shore-based doctors and trust among crew members are essential for providing effective care. Difficulties related to cultural diversity on board, limited technological resources, and a good but short training were noted.

Conclusion: The sailor responsible for medical care, through empathy, trust, and psychological support, plays a major role in an isolated environment. They provide a human presence that telemedicine cannot replace. However, improvements are necessary, particularly in practical training and in the organization of communications.

Specialty: [DES in General Medicine](#)

Keywords (English): [Telemedicine](#), [care in isolated environments](#), [maritime health](#), [communication](#), [medical training](#)

Form or Genre:

fMeSH: [Academic dissertation](#)

Rameau: [Theses and academic writings](#)

Liste des abréviations

BLU : Bande Latérale Unique

CCMM : Centre de Consultation Médicale Maritime

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CROSS : Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EBM : Evidence-Based Medicine (médecine basée sur les preuves)

ECG : Électrocardiogramme

EN : École Nationale

HAS : Haute Autorité de Santé

HF : Haute Fréquence

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INED : Institut National d'Études Démographiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MF : Moyenne Fréquence

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLS : Position Latérale de Sécurité

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SCMM : SAMU de Coordination Médicale Maritime

VHF : Very High Frequency (très haute fréquence)

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS.....	5
ABSTRACT AND INDEXING	6
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
1 : INTRODUCTION.....	10
1.1 L'ESSOR DE LA TELEMEDECINE.....	10
1.1.1 Définitions et actes juridiques	10
1.1.2 Recrudescence de la demande de soin	11
1.1.3 Disparités géographiques dans l'accès aux soins	11
1.1.4 L'influence de la pandémie de Covid 19	13
1.1.5 Une pratique moderne de la médecine présentant des limites.....	14
1.2 LA NOTION DE TIERS FORMES : UNE PROPOSITION DE SOLUTION ?	14
1.2.1 La place des pharmaciens dans la médecine à distance.....	14
1.2.2 La place des infirmiers	15
1.3 LA TELEMEDECINE A TRAVERS L'EXEMPLE DU MILIEU MARITIME	15
1.3.1 Histoire de la médecine en mer	16
1.3.2 L'avènement des moyens de communication.....	16
1.3.3 Système actuel français	17
1.4 LES RESPONSABLES DES SOINS A BORD DES NAVIRES	18
1.4.1 Formation médicale.....	18
1.4.2 Médecin, marin, et responsable des soins à bord : une relation triangulaire atypique	19
1.5 PROBLEMATISATION DE LA QUESTION D'ETUDE ET OBJECTIF	19
2 : MATERIEL ET METHODE	21
2.1 CHOIX DE L'ETUDE	21
2.2 POPULATION	21
2.3 RECUEIL DES DONNEES.....	21
2.4 ANALYSE DES DONNEES.....	22
2.5 ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	22
3 : RESULTATS	24
CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	24
ANALYSE THEMATIQUE DES RESULTATS	24

3.1 RESPONSABILITE DES MARINS DANS LA MEDECINE A DISTANCE	25
3.1.1 <i>La mer, un milieu de contraintes</i>	25
3.1.2 <i>Avoir conscience de son rôle et de ses responsabilités</i>	27
3.1.3 <i>Soutien psychologique et rôle social des marins</i>	29
3.2 DES LIMITES A INTEGRER	31
3.2.1 <i>Avoir conscience de ses limites</i>	31
3.2.2 <i>Un rôle parfois perçu comme une corvée</i>	33
3.2.3 <i>Un rôle qui peut faire peur</i>	34
3.3 LA COMMUNICATION : PIERRE ANGULAIRE DES SOINS A BORD	35
3.3.1 <i>Communication avec la terre</i>	36
3.3.2 <i>Communication et confiance entre les marins</i>	38
3.3.3 <i>Diversités culturelles et linguistiques</i>	41
3.4 IMPACT DE LA FORMATION ET DES COMPETENCES	42
3.4.1 <i>Description des différentes formations</i>	42
3.4.2 <i>Critiques et pistes d'amélioration possibles</i>	44
3.4.3 <i>Évolution des compétences et amélioration des pratiques</i>	46
4 : DISCUSSION	51
4.1 RESULTAT PRINCIPAL	51
4.1.1 <i>Le sens des responsabilités : une vertu propre aux gens de la mer ?</i>	51
4.1.2 <i>Avoir conscience de ses limites</i>	53
4.1.3 <i>La communication</i>	55
4.1.4 <i>Dimension humaine, sociale et psychologique</i>	56
4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	57
4.2.1 <i>Forces de l'étude</i>	57
4.2.2 <i>Limites de l'étude</i>	57
4.3 PERSPECTIVES	58
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62
TABLE DES FIGURES	66
TABLE DES TABLEAUX	67
ANNEXE 1 FICHE DE THESE	68
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	74

1 : Introduction

1.1 L'essor de la télémédecine

1.1.1 Définitions et actes juridiques

Au cours des dernières décennies, les avancées technologiques ont transformé la pratique de la médecine. Parmi ces avancées, la télémédecine s'intègre comme une évolution majeure dans la manière de dispenser les soins de santé(1).

La télémédecine est définie en 1997 par l'OMS comme *la pratique de la médecine au moyen de techniques interactives de communication des données ; cela comprend la fourniture de soins médicaux, la consultation, le diagnostic et le traitement, ainsi que la formation et le transfert de données médicales*(2).

La télémédecine est définie et règlementée pour la première fois en France par la loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (dite "loi HPST")(3). Le décret du 19 octobre 2010 précise que : *relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication*(4). Il définit également les 5 actes qui constituent la télémédecine :

- La **téléconsultation** : elle permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient (4)
- La **téléexpertise** : elle permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs compétences particulières.
- La **téléassistance** : elle permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La **télésurveillance** : elle permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient. Par exemple un patient diabétique peut utiliser un capteur de glycémie connecté qui transmet les données à son médecin pour un suivi continu.

- La **réponse médicale** qui est apportée lors de la régulation médicale (centre 15)

Enfin, la loi pour le financement de la sécurité social (LFSS) autorise le 15 septembre 2018 le remboursement des actes de téléconsultation, si ceux-ci s'intègrent dans un parcours de soins coordonnés(5).

L'émergence de la télémédecine répond à plusieurs enjeux contemporains de la santé publique :

1.1.2 Recrudescence de la demande de soin

Le bilan démographique de 2023 de l'Institut national d'études démographiques (INED) montre une augmentation de l'espérance de vie au cours des dernières décennies en France(6), et le vieillissement de la population qui en découle implique une augmentation de la prévalence des maladies chroniques(7).

Le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie, ainsi que l'augmentation des maladies chroniques sont les principaux facteurs responsables la recrudescence de la demande de soin en France(8).

Les résultats des dépenses de santé en 2022, publiés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) confirment que la consommation de soins et de biens médicaux continue d'augmenter : +3.9% par rapport à 2021(9).

Dans ce contexte, la télémédecine s'intègre comme une des solutions proposées pour répondre à cette demande de soin croissante et réduire les dépenses de santé.

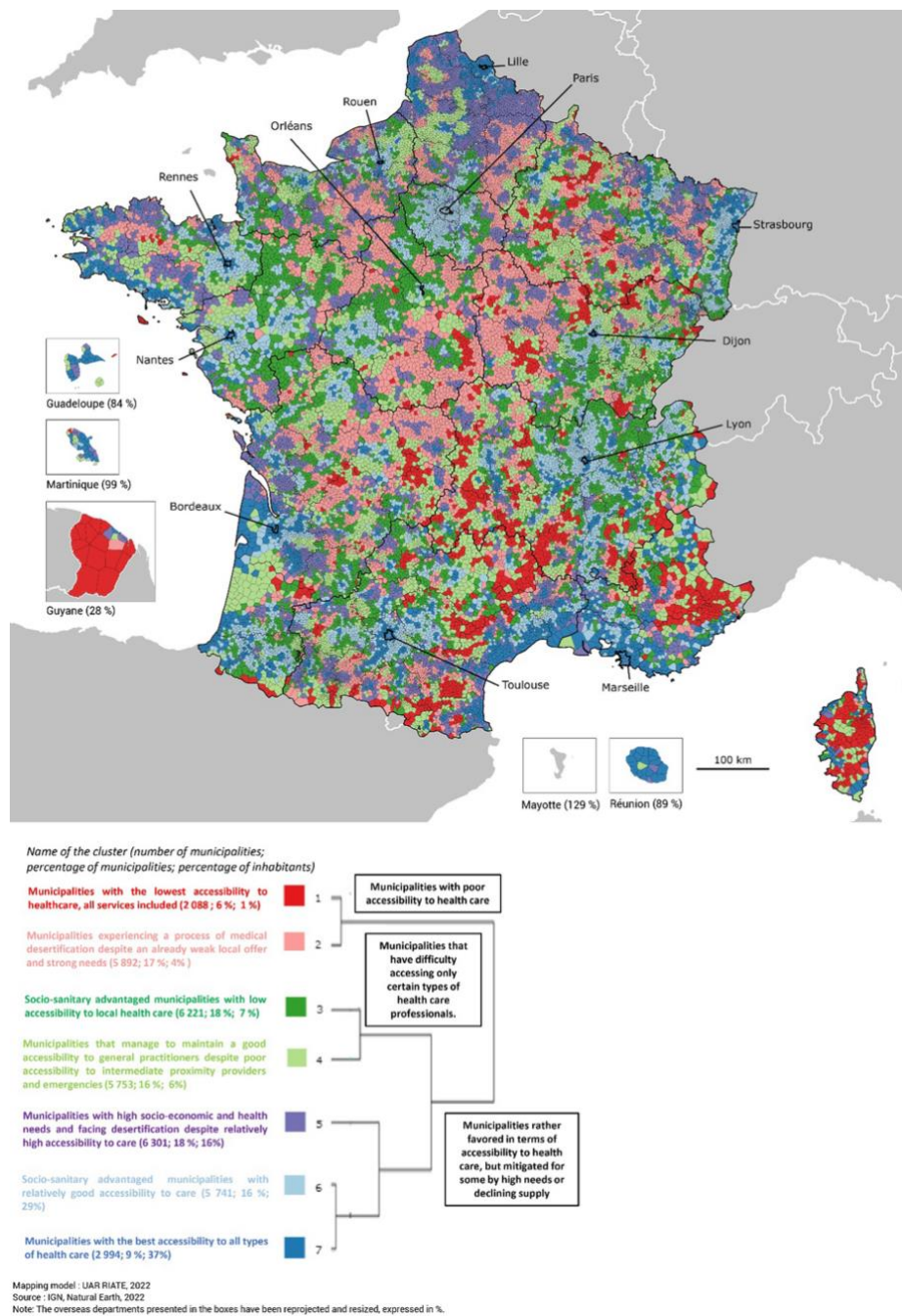
1.1.3 Disparités géographiques dans l'accès aux soins

Les inégalités géographiques dans l'accès aux soins en France sont caractérisées par une répartition inégale des professionnels de santé, particulièrement marquée entre les zones urbaines et rurales(10).

Les données publiées par la DRESS en 2022 mettent en évidence que l'accessibilité aux médecins généralistes continue de se dégrader, cependant à un rythme moins élevé que les années précédentes : -0,8 % contre -1,8 % par an en moyenne entre 2015 et 2021(11). Une étude de février 2024 (12) intégrant à la vision des soins primaires non seulement la proximité

de médecins généralistes, mais également la proximité de pharmacies et de services d'urgences propose un aperçu de la répartition de ces déserts médicaux en France (figure 1). La télémédecine offre des perspectives prometteuses pour améliorer l'accès aux soins, et pallier aux déserts médicaux.

Figure 1 : Répartition géographique des déserts médicaux en France métropolitaine et territoire d'Outre-mer.



1.1.4 L'influence de la pandémie de Covid 19

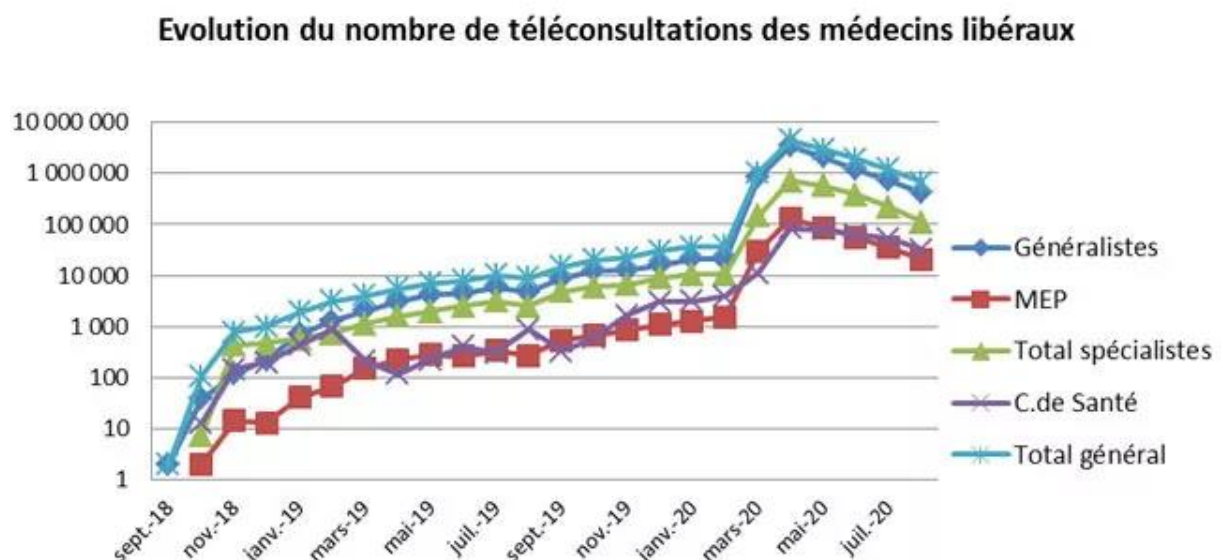
La pandémie de COVID-19 a nettement accéléré l'utilisation de la télémédecine au niveau mondial(13).

La figure 2 issue des données de l'Assurance Maladie, met en évidence l'augmentation importante de l'utilisation de la téléconsultation entre février et avril 2020(14).

Le rapport publié par la CNAM en juillet 2020 met également en évidence cette augmentation: de 486 369 entre le 23 et le 29 mars 2020, le nombre de téléconsultations remboursées par semaine a atteint 1 million au plus fort de la crise, en avril, avant de revenir aux alentours de 650 000 à la fin mai(15).

Cette période endémique a vu la législation française autour de la télémédecine s'assouplir. Une prise en charge à 100% des actes de téléconsultation ainsi qu'une plus grande facilité d'accès avaient pour objectif de protéger patients et médecins des risque de contamination (16).

Figure 2 : Évolution du nombre de téléconsultations des médecins libéraux



Source : Assurance Maladie

1.1.5 Une pratique moderne de la médecine présentant des limites

La pratique de la télémédecine fait l'objet de nombreuses études, dont certaines ont objectivé des limites à intégrer. L'absence d'examen clinique, l'impossibilité de réalisation de gestes médicaux et les contraintes imposées par les limites technologiques sont des notions qui ressortent fréquemment(17,18).

Une enquête de 2020 a montré que parmi les médecins qui ont utilisé la téléconsultation pendant le confinement, plus de la moitié ont noté que l'examen physique en présentiel restait souvent ou systématiquement indispensable(19). De même, presque la moitié des médecins ont rencontré souvent ou systématiquement des problèmes techniques (problèmes de connexion par exemple).(19)

1.2 La notion de tiers formés : une proposition de solution ?

Pour surmonter ces obstacles, une solution potentielle proposée réside dans l'intégration de tiers formés à la médecine à distance, ayant un rôle d'accompagnant.

1.2.1 La place des pharmaciens dans la médecine à distance

L'arrêté du 2 septembre 2019 accorde un rôle accru aux pharmaciens dans la télémédecine(20). Les pharmaciens peuvent offrir des espaces équipés dans leurs officines pour faciliter les téléconsultations, en particulier pour les patients ne disposant pas du matériel adéquat chez eux(20). En 2023, 1209 pharmacies étaient équipées de bornes de téléconsultation (21).

Ils apportent également une aide pour organiser les téléconsultations et assurer que les patients comprennent l'utilisation des technologies mises à leur disposition. Ils peuvent offrir une assistance au médecin téléconsultant pour la réalisation des actes nécessaires à l'examen clinique.

Un forfait de 1 225 euros est alloué la première année pour couvrir l'achat d'équipements nécessaires (comme des objets connectés : tensiomètre, oxymètre, stéthoscope connecté), suivi d'une rémunération annuelle de 350 euros les années suivantes. De plus, un forfait

additionnel lié au nombre de téléconsultations réalisées peut aller de 200 à 400 euros par an(20).

L'absence de formation, la non rentabilité et l'aspect chronophage de cette utilisation de la télé médecine sont néanmoins des freins fréquemment rapportés (22,23)

1.2.2 La place des infirmiers

Les actes d'accompagnement à la téléconsultation par des infirmiers sont également pris en charge par la sécurité sociale. Concrètement, l'infirmier aide le patient à se connecter au service de téléconsultation, réalise certaines mesures (prise de tension, température, etc.), et assiste le médecin en partageant les informations nécessaires. Ces actes peuvent être fait lors d'un soin infirmier : code TLS valorisé 10 euros, à domicile : TDL 15 euros, ou dans un lieu dédié à la téléconsultation TTL 12 euros. Ils bénéficient également d'une aide à l'équipement (24).

Ces missions sont nouvelles et impliquent les mêmes limites que celles évoquées pour les pharmaciens.

Dans un travail de thèse de 2020 de PA Guedj portant sur les représentations des IDE et des médecins sur la téléconsultation, il est notamment souligné que de nombreux sujets appréhendent cette nouvelle relation tripartite (MG, IDE et patient) qui leur est jusqu'alors inconnue (25).

Cette 3^{ème} personne incluse au sein de la relation patient – médecin dans la téléconsultation est une nouveauté qui permet d'en élargir les applications.

Il existe cependant un milieu dans lequel la médecine à distance se pratique depuis longtemps et au sein duquel cette relation triangulaire est déjà bien implantée. Le domaine maritime illustre parfaitement cette pratique, et fait l'objet de la partie suivante.

1.3 La télé médecine à travers l'exemple du milieu maritime

La mer est un milieu hostile et isolé et le métier de marin fait partie des professions les plus à risques (26). Par conséquent, le milieu maritime s'est rapidement illustré comme un des premiers lieux de pratique de la médecine à distance.

1.3.1 Histoire de la médecine en mer

Avant l'avènement des technologies de communication modernes, la gestion des problèmes médicaux en mer reposait exclusivement sur l'autonomie des marins à bord. Les navires embarquaient rarement du personnel médical qualifié, et les marins devaient compter sur leur capitaine, souvent modestement formé à la pratique des soins de base (27).

Les mauvaises conditions d'hygiène à bord étaient responsables des transmissions de maladies telles que le typhus et les infections gastro intestinales ou respiratoires. De même, le scorbut, induit par la carence en vitamine C, affaiblissait les marins et favorisait la transmission des infections (28).

Des gestes chirurgicaux tels que les amputations, lorsqu'ils étaient nécessaires, étaient réalisés dans des conditions d'analgésie et d'hygiène relatives (29).

En 1819, la marine marchande française, pour pallier le manque de chirurgiens-navigants, distribue à ses capitaines un coffre à médicaments, avec des instructions sur les maladies courantes rencontrées en mer. Le « médecin de papier » ainsi surnommé, inspira les marines de nombreux autres pays (30). Le "Ship Captain's Medical Guide", manuel britannique publié pour la première fois en 1858 (31), est encore aujourd'hui largement utilisé. Sa 23^{ème} édition publiée en 2023 met à jour les connaissances nécessaires aux capitaines, notamment en matière de médecine à distance et d'utilisation des technologies de communication dans le domaine médical(32).

1.3.2 L'avènement des moyens de communication

Au XX^{ème} siècle, avec l'apparition des moyens de communication par ondes radio, les hommes en mer ont enfin la possibilité de communiquer avec la Terre.

Plusieurs outils de communications sont créés. La VHF (very high frequency) ou le MF (medium frequency) utilisent des ondes de courtes portées, qui sont captées par des stations-radio

côtières présentes sur les littoraux. La HF (high frequency) ou BLU (bande latérale unique) décimétrique sont des moyens qui utilisent la réfraction et la réflexion des ondes radio dans l'atmosphère, permettant ainsi des communications sur toute la planète (33).

Après la Seconde Guerre Mondiale, en 1948, la station Saint Lys Radio a été créée près de Toulouse, pour permettre de poursuivre la communication entre la terre et les navires français. Sa proximité avec l'hôpital Purpan de Toulouse a permis aux capitaines faisant face à des problèmes médicaux au sein de leurs équipages, d'obtenir de précieux avis médicaux. Les premiers essais de médecine à distance en mer furent ainsi réalisés (26).

Désormais les techniques modernes par satellite ont amélioré la qualité des communications, mais il persiste un héritage historique dans le système actuel : c'est en effet toujours à l'hôpital Purpan, siège du CCMM (Centre de Consultation Médicale Maritime), que les prises en charges médicales à distance sont réalisées.

1.3.3 Système actuel français

Actuellement, le CCMM assure pour la France le service de consultation et d'assistance télé médicale maritime (26). En cas de problème médical en mer, le responsable des soins à bord joint le CCMM, qui met en relation un médecin du SAMU de Toulouse formé à la télémédecine maritime avec le marin blessé ou malade. Les technologies actuelles permettent des échanges téléphoniques, l'échange de mails et de données tels que des ECG, et parfois des consultations en vidéo, lorsque le réseau le permet.

En plus de la mission de consultation et de suivi, le CCMM a un rôle de régulation. Il peut en effet proposer au capitaine l'évacuation du marin, en fonction de la situation du navire, si cela est nécessaire (34).

Le CCMM travaille en étroite collaboration avec les Centres Régionaux Opérationnels de Surveillance et de Sauvetage (CROSS), responsables des missions de recherche et de sauvetage, et le SAMU de Coordination Médicale Maritime (SCMM), chargé des aspects médicaux des opérations d'assistance médicale en mer (26).

Plus de la moitié des appels reçus par le CCMM concernent les navires de commerces, 20 % les navires à passagers, 15 % les navires de pêche et 10 % les bateaux de plaisance (26).

Les dotations médicales à bord des navires français sont régies par la réglementation maritime française(35). Ce cadre législatif impose aux armateurs de veiller à ce que les navires soient équipés d'une dotation minimale en médicaments, matériels et dispositifs médicaux, en

fonction des caractéristiques du navire, du type de navigation pratiquée et de la composition de l'équipage.

1.4 Les responsables des soins à bord des navires

Sur les bateaux qui n'embarquent pas de médecin, le capitaine est souvent le responsable des soins à bord. Sur les bateaux avec plusieurs officiers comme en marine marchande, ce rôle peut être délégué à un autre officier ayant eu sa formation médicale, souvent le second capitaine ou un lieutenant.

1.4.1 Formation médicale

Le niveau de formation médicale des capitaines est exigé par la législation, en fonction de la jauge du bateau (sa capacité exprimée en tonneaux), et de son éloignement des côtes. Il existe trois niveaux d'enseignement médical (EM) différents (36) :

- **EM I** (ou Médical I) s'applique aux navires de jauge brute inférieure à 200, opérant à une distance maximale de 20 milles nautiques des côtes. Il s'agit souvent de petits bateaux de pêche, de plaisance ou de transport côtier opérant près des côtes. La formation consiste à initier le marin aux gestes de premier secours, à la prévention des risques et à l'hygiène à bord.
- **EM II** (ou Médical II) concerne les navires de jauge brute inférieure à 500, ne s'éloignant pas à plus de 200 milles des côtes. Il s'agit souvent de certains navires de pêche en haute mer, qui effectuent des trajets plus longs mais restent dans une zone accessible aux secours. Ce niveau enseigne une approche plus approfondie des pathologies, des soins infirmiers de base, une connaissance du système d'organisation de l'aide en mer et des techniques de communication en télémédecine.
- **EM III** (ou Médical III) est requis pour les personnes responsables des soins médicaux à bord des navires de jauge brute supérieure à 500, ou pour ceux naviguant au-delà de 200 milles nautiques des côtes. Ce dernier niveau approfondit encore les connaissances en sémiologie et gestes médicaux. Il se termine notamment par un

stage infirmier en milieu hospitalier d'une durée de quarante heures réparties sur cinq jours. (36)

Cette formation est valide pendant 5 ans, puis doit être renouvelée au cours d'un stage (36).

1.4.2 Médecin, marin, et responsable des soins à bord : une relation triangulaire atypique

Lorsqu'un membre de l'équipage ou un passager est blessé ou malade sur un navire, le responsable des soins est le premier à intervenir. Celui-ci peut prodiguer les premiers secours, et va ensuite grâce à ses connaissances évaluer le degré d'urgence de la situation, et la nécessité ou non de contacter le CCMM.

Il apporte au médecin contacté les informations nécessaires au diagnostic : prises de constantes, début d'examen clinique, parfois photos ou ECG. Il peut être ensuite amené à effectuer des gestes médicaux sur les conseils du médecin (pose de voie veineuse, bandage, suture...). Il peut également administrer un traitement, toujours sous le contrôle du médecin(26).

Il doit avoir pour cela une connaissance bien précise de la dotation médicale présente sur son navire. La gestion des stocks, l'inventaire et le contrôle de cette dotation font d'ailleurs partie des missions du responsable des soins (36).

Ce rôle singulier de tierce personne formée à la médecine à distance, intervenant entre le patient et le médecin, est essentiel au bon déroulement des soins.

Néanmoins, peu d'ouvrage dans la littérature se penchent sur leur rôle. Plusieurs études font l'état des lieux du fonctionnement de la télémédecine en mer (27,37,38). Une étude qualitative s'intéresse au ressenti des médecins pratiquant la télémédecine dans le milieu maritime (39).

Une étude menée en 2012 visait à recueillir le degré de satisfaction des responsables des soins sur le système de télémédecine du CCMM, et notamment sur leurs communications avec les médecins (40). Cette enquête consistait en une série de questions fermées, à la fin desquelles deux questions ouvertes étaient posées.

Cependant aucune analyse qualitative n'a été, à notre connaissance, entreprise sur le ressenti de ces responsables des soins quant à l'exercice de leur fonction.

1.5 Problématisation de la question d'étude et objectif

Dans ce contexte, plusieurs interrogations émergent. Quelle place occupent ces marins dans la relation thérapeutique d'une consultation ? Jusqu'à quel degré s'impliquent-ils dans les décisions thérapeutiques ? Où se placent-ils dans l'intimité de cette relation triangulaire ? Comment évaluent-ils l'importance de leurs responsabilités ? Quelle conception ont-ils de leur rôle médical ? ...

In fine, comment les marins formés à la médecine à distance appréhendent-ils leur fonction ? Cette étude a donc pour objectif d'évaluer de manière qualitative, par le biais d'entretiens semi dirigés, l'appréhension qu'ont les marins de leur fonction dans la télémédecine.

2 : Matériel et méthode

2.1 Choix de l'étude

La recherche qualitative est une méthode de recherche qui permet d'appréhender le vécu ou le ressenti de populations étudiées. Elle dénote de la recherche quantitative, qui fait la base de l'Evidence Based Medicine (EBM) : la médecine fondée par les preuves, qui est une approche pratique, fondée sur les chiffres et les statistiques.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'appréhension qu'ont les marins de leur fonction dans la télémédecine. L'approche inductive de la méthode qualitative semble donc la plus adaptée. Cette étude s'inspire de la théorisation ancrée : le modèle explicatif se construit au fur et à mesure de l'interprétation des données recueillies.

Les résultats étant subjectifs et non quantifiés, ils ne sont pas généralisables.

2.2 Population

L'échantillonnage était raisonné : les chercheurs ont recruté des participants permettant d'éclairer le phénomène étudié. L'approche par théorisation ancrée imposait également un échantillonnage théorique : le choix des participants a été fait au fur et à mesure de l'émergence de la théorie.

La population recrutée correspond à des marins de profession, ayant eu une formation médicale. Les marins ayant eu une formation médicale avancée telles que les infirmiers ou les médecins de bord ont été exclus. Le recrutement s'est fait par carnet d'adresse, dans l'entourage de l'investigateur, et effet boule de neige.

2.3 Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par entretiens semi dirigés, réalisés entre octobre 2023 et septembre 2024. Ils ont été conduits pour la majorité par entretiens téléphoniques, et trois en présentiel, dont un à bord d'un bateau.

Les entretiens ont été enregistrés par le dictaphone d'un téléphone portable, puis retranscrits et anonymisés.

Un premier guide d'entretien a été réalisé initialement, puis a évolué au fur et à mesure du recueil des données. Il comportait une première question d'ordre épidémiologique, puis une série de questions ouvertes, dont l'ordre et le fond variaient en fonction du fil de la discussion. Le recrutement s'est fait jusqu'à saturation des données. Ce concept subjectif signifie que le recrutement s'arrête lorsque les derniers entretiens n'apportent plus d'information nouvelle. Dans cette étude, les chercheurs ont atteint cette saturation au neuvième entretien. Un dixième a néanmoins été mené pour confirmer cette saturation.

2.4 Analyse des données

L'analyse des entretiens a été faite au fur et à mesure, par l'investigateur principal, et en comparaison constante avec les entretiens précédents. Suivant la méthode d'analyse par théorisation ancrée, chaque extrait de verbatim a fait l'objet d'un étiquetage par unités de sens, rassemblées en catégories puis en thèmes, qui ont permis de créer un modèle explicatif. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation. L'investigateur principal et le directeur de thèse ont en effet pu confronter leurs différents résultats, sans avoir été au préalable influencés l'un par l'autre.

2.5 Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont consenti librement et de manière éclairée à leur participation à cette étude.

Les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription, les noms propres ont été supprimés et remplacés par des diminutifs d'anonymisation.

Cette étude s'intéresse au ressenti des marins formés à la médecine à distance, ce travail d'étude ne relève donc pas de la loi Jardé n° 2012-300 du 5 mars 2012.

Une déclaration de conformité aux règles du texte de référence MR-4 « Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé », a été faite auprès de la CNIL.

3 : Résultats

Caractéristiques des participants

Participants	Age	Genre	Profession	Type de navire	Années de carrière	Formation
N1	27 ans	homme	officier de marine marchande	cablier + navire océanographique	3 ans	Ecole Nationale Supérieure Maritime
N2	28 ans	homme	officier de marine marchande	porte conteneur	4 ans	Ecole Nationale Supérieure Maritime
N3	25 ans	homme	étudiant en école de marine marchande	porte conteneur ferries / transports de passager	/	Ecole Nationale Supérieure Maritime
N4	28 ans	homme	officier de marine marchande	+ navire océanographique	4 ans	Ecole Nationale Supérieure Maritime
N5	28 ans	homme	officier de marine marchande	navires de draguage	4 ans	École supérieure de navigation d'Anvers
N6	30 ans	homme	officier de marine marchande	navire transporteur de GPL	6 ans	École supérieure de navigation d'Anvers
N7	70 ans	homme	commandant dans la Marine nationale	frégate de la Marine nationale	35 ans	Ecole des mousses
N8	40 ans	homme	commandant dans la marine marchande	navire de ravitaillement offshore	20 ans	Ecole Nationale Supérieure Maritime
N9	27 ans	homme	skipper voilier	voilier de plaisance	4 ans	Brevet de capitaine 500
N10	30 ans	femme	officier de marine marchande	navire cablier	6 ans	École supérieure de navigation d'Anvers

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Sur les dix participants recrutés, l'âge moyen était d'environ 33 ans. Une majorité d'homme a participé à cette étude : une seule femme a été interrogée. 80 % des participants travaillaient dans la Marine marchande, sept en tant qu'officiers et un en tant qu'étudiant. Un participant était un retraité de la Marine Nationale, et le dernier skipper de plaisance titulaire d'un diplôme de capitaine 500.

Parmi les officiers de Marine marchande, cinq sur huit étaient diplômés de L'École Nationale Supérieure Maritime, et trois sur huit ont fait leurs études en Belgique à L'École Supérieure de Navigation d'Anvers.

La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes.

Analyse thématique des résultats

Cette étude visait à analyser la manière dont les marins formés à la médecine à distance appréhendent leur fonction.

L'analyse des entretiens menés a permis de dégager les thématiques suivantes :

Nous aborderons en premier lieu les responsabilités et l'autonomie des marins dans leur fonction médicale, puis nous nous pencherons en deuxième lieu sur les limites qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur pratique. Nous évoquerons ensuite la communication, élément essentiel à la médecine en milieu isolé, pour enfin nous intéresser à l'impact de la formation des marins.

3.1 Responsabilité des marins dans la médecine à distance

3.1.1 La mer, un milieu de contraintes

L'isolement qu'impose la mer conduit souvent les marins à agir sans la présence physique d'un médecin, lorsqu'un membre de l'équipage contracte une maladie. De même, l'hostilité du milieu maritime expose les marins à un risque important de blessures.

Nous avons pu constater un nombre important de pathologies décrites lors des différents entretiens menés :

P1 « le chef mécanicien s'est fait piquer par une mouche sur les fesses. », « un type qui est tombé de la passerelle jusque dans la cale sèche : 30m de chute »

P4 « Un mec qui s'occupait du robot sous-marin arrive en passerelle avec son bout de doigt dans la main gauche. », « On était en train de faire un barbecue sur le pont, et on a failli le perdre. Il a bouffé une merguez, il s'est isolé, [...] et puis le mec, il est arrivé tout bleu et il est tombé. »

P6 « un mécanicien qui avait mis sa main dans un générateur, qui était éteint, mais l'autre mécanicien a tourné quelque chose et ça lui a coupé. C'était sur l'index. Au niveau de la dernière phalange, tout au bout, ça lui a coupé 90%. Je crois que ça tenait à peine par la peau »

P7 « Les plus gros problèmes auxquels j'ai été confronté étaient plutôt d'un ordre psychologique. Parce que là-bas, ça peut vite mal tourner. Il y a eu du suicide. »

La disparité géographique des lieux dans lesquelles les situations médicales décrites ont pu avoir lieu met en avant l'isolement mentionné plus haut.

P4 « *On était au sud du Groenland mais on n'était pas censé rentrer à terre avant trois semaines.* »

P1 « *Cela a duré 25 jours avant qu'il puisse débarquer en Corée* »

P6 « *Oui, là on est au mouillage à côté de l'Australie.* »

Cet isolement impose aux marins une certaine autonomie :

P5 « *t'es quand même censé être vachement indépendant avec ce que t'as à bord et tu démerdes* », « *J'ai regardé la posologie sur Internet, je crois* »

P8 « *donc j'appelle Purpan, et donc c'est moi qui est... vu que je suis le seul à parler français, donc c'est moi qui appelle* »

Un sens « de la débrouille » est retrouvé dans plusieurs entretiens. Une analogie entre le bricolage et la médecine est même faite à plusieurs reprises

P10 « *Je me retrouve à curer l'œil sur des indications qui m'ont été données comme une liste de course par un médecin sur Purpan* »

P5 « *J'aime bien comprendre le matériel, jouer un peu avec* »

P4 « *J'ai un bon rapport avec le côté bricolage en médecine à bord. Ça match. J'ai réussi à faire des points de suture, des agrafes.* »

Cette « débrouille » est notamment bien illustrée dans le récit du participant 10 : les équipes médicales, dont le rôle principal est de brancarder, sont les mêmes qui ont à charge la cuisine et la sécurité incendie :

P10 : « *Non, en rôle incendie, généralement, en rôle d'urgence, c'est les équipes cuisines, qui sont l'équipe médicale* »

Il apparaît que les marins sont souvent confrontés à des situations d'urgence à bord, notamment dans les manœuvres. Cette gestion de l'urgence semble bénéfique pour leur permettre de réagir face aux situations médicales :

P2 « *Après le boulot, il est comme ça, il nous oblige à aller dans l'action* »

P6 « *On était en Chine il y a 15 jours et un navire de pêche a décidé de se mettre juste devant nous en pleine navigation. C'était une situation d'urgence parce qu'il a fallu changer de cap très rapidement. C'est le genre de situation où il faut apprendre à gérer, être tranquille et tourner le navire sans faire de bêtise.* »

P8 « *Comme ça m'est arrivé à bord, ou même quand je commandais des trucs en manœuvre, tu te demandes, c'est de manière pratiquement automatique... C'est ta formation, c'est tout, et tu réagis comme ça mécaniquement* »

Le milieu maritime étant un milieu à risque, l'accent est mis sur la prévention des risques.

P1 « *Quand tu es « lieutenant-hôpital » tu fais des formations tous les 15 jours avec des Philippins pour les massages cardiaques et tout* »

P7 « *C'est la raison pour laquelle, je pense, on a des visites médicales poussées, et de manière à ce qu'on soit en forme et qu'il arrive le moins d'incidents possibles.* »

P9 « *Tu vois, moi, je me faisais des check-list, et j'ai donc demandé une liste des problèmes médicaux / traitements de mes passagers* »

P10 « *Le but, c'est que les gens évitent de se blesser en amont.* »

3.1.2 Avoir conscience de son rôle et de ses responsabilités

L'importance des responsabilités imposées par le rôle de responsable des soins à bord semble être une notion commune à quasi tous les participants interrogés.

P3 « *tu te retrouves avec un mec qui peut calancher à tout moment parce qu'on sait pas ce qu'il peut faire, une infection ou n'importe quoi.* »

P5 « *je prends ce rôle très à cœur et je suis assez diligent dessus* »

P3 « *je trouve ça flippant parce que tu as la responsabilité de la vie de quelqu'un d'autre* »

Ce sens du devoir que l'on pourrait associer à la rigueur des hommes de la Marine marchande, se retrouve également dans le récit du skipper de plaisance :

P9 « *j'essaye d'être un peu carré quand même* »

On trouve même chez le participant trois, la responsabilité de préserver l'intimité du marin lors des soins

P3 « *Les seconds doivent faire attention à laisser cette intimité lors des soins* »

Les marins ont conscience que leur formation les place à bord comme les personnes les plus compétentes en cas de situation médicale.

P3 « *on est les plus formés à bord, quand on voit que certains ne savent même pas faire une PLS, on voit que tu es le plus qualifié pour faire ça* »

P10 « *c'est souvent quand même un poste de lieutenant, sous la responsabilité finale du commandant forcément, mais qui n'est souvent pas attribué aux plus jeunes ou aux moins expérimentés* »

On retrouve chez certains marins une volonté continue de formation et d'auto amélioration.

P1 « *Vu que c'est toi qui gères tu as envie de savoir faire* »

P2 « *Je bosse pour être prêt. J'essaye de travailler aussi pour être prêt à la fonction supérieure.* »

L'isolement et l'absence d'aide médicale directe semble mettre en exergue le sens des responsabilités de nombreux marins.

P9 « *C'est sûr qu'à un moment, s'il faut faire, il faut le faire. De toute façon, on est dans la merde.* »

P6 « *Je me mets dans la tête qu'il faut que quelqu'un fasse quelque chose et puis...* »

P5 « *t'es quand même censé être vachement indépendant avec ce que t'as à bord et tu te démerdes* »

Le rôle de responsable des soins à bord vient s'ajouter aux autres responsabilités du marin. Il est considéré par plusieurs comme une tâche comme les autres dans la vie du bateau.

P2 « *A bord on a tous un petit rôle en dehors de notre travail* »

P10 « *Après, tout ça, c'est en plus que les douze heures de quart qu'on effectue tous les jours. Donc c'est vrai que selon les gens et selon les opérations, il y a plus ou moins d'investissement. C'est autant de temps qu'on prend sur nos heures de sommeil.* »

Nous verrons dans une partie ultérieure que cette tâche peut parfois être assimilée à une corvée.

Certains marins soulignent le fait que la prise de responsabilité de certains impactent les autres.

P8 « *à bord d'une navire tout le monde a un rôle. Éventuellement une personne ne fait pas son travail ou le fait mal. Tout le monde est impacté. Donc le moindre petit grain de sable il faut le voir et il faut le traiter.* »

De manière générale, les marins interrogés réalisent l'importance de leur rôle lorsqu'ils sont responsables des soins à bord. Le sérieux que l'investigateur a pu constater lors des entretiens témoigne de cet engagement.

3.1.3 Soutien psychologique et rôle social des marins

Parmi les diverses fonctions du responsable des soins à bord des navires, il semble que le rôle de soutien psychologique soit prépondérant. L'isolement imposé par ce milieu maritime semble être à l'origine de situations de détresse psychologique fréquentes.

P4 « *De toute façon, sur un bateau, tu passes ta vie à faire du psychologique. C'est clairement le nerf de la guerre. Quand tu es dans un espace confiné ... Les philippins, ils embarquent, ils voient 2-3 tournées de français qui embarquent et qui débarquent avant de débarquer eux. »*

Le retraité de la Marine Nationale est celui qui a notre sens en témoigne le mieux. Il embarquait pour des missions de plusieurs mois et en tant que commandant il a pu assister à la détresse de nombreux marins.

P7 « *Et on était là-bas pendant un an sans famille. Donc, en fin de compte, les plus gros bobos que tu as à soigner, c'est la tête, c'est le moral et tout. »*, « *Parce que là-bas, ça peut vite mal tourner. Il y a eu du suicide. »*

Il décrit son rôle de soutien comme indiscernable des fonctions de commandant. Dans ce système hiérarchique du bateau on pourrait parler de réel rôle social.

P7 « *J'étais très accessible. Et donc ils pouvaient se confier à moi. J'étais un peu plus âgé, un peu plus... Bon, donc on parlait plus facilement. »*

Cette discussion « d'homme à homme » semble pour lui ne nécessiter aucune formation médicale.

P7 « *Et là je pense que le bon sens et ta qualité d'homme... il n'y a pas besoin de formation. Je dirais que la partie où j'ai eu le plus d'importance, certainement, c'est la partie psychologique. »*

L'absence d'intervention de médecin dans ce type de prise en charge souligne à quel point la présence physique d'un soutien, est indispensable.

P7 « *Je peux te dire que dans la situation, c'est des gens qui ont besoin de parler, d'être aidés, d'être écoutés, et ils ne se tournent pas forcément vers le médecin. »*

On retrouve également chez le participant quatre cette notion de soutien psychologique. Il nous explique qu'il essaye de tisser une relation de confiance avec un marin, pour pouvoir mieux le prendre en charge.

P4 « *je lui ai proposé de venir ne serait-ce que prendre ses constantes pendant trois jours, une fois par jour, pour le rassurer un peu, pour qu'il comprenne qu'on prend soin de lui.* »

À l'inverse, la participante dix décrit ce rôle psychologique comme un rôle dans lequel elle n'est pas à l'aise, pour lequel elle préfère déléguer.

P10 « *je pense que depuis, j'aurais comme réflexe de l'orienter vers le centre psychologique des marins. Qui est justement armé et compétent pour faire face à ce genre de situation dans lequel, moi, je n'apparaissais pas comme une oreille attentive, je ne pouvais pas apporter de solution.* »

3.2 Des limites à intégrer

3.2.1 Avoir conscience de ses limites

Dans chaque entretien les limites des capacités médicales des marins sont évoquées au moins une fois.

P3 « *on peut pas condenser 10 ans de médecine en 3 semaines de stage* »

P4 « *C'était assez scandaleux parce que les soins à bord sont faits de manière amateur* »

P5 « *on est des marins, on n'est pas des médecins* »

P9 « *Un médecin, un urgentiste, des trucs comme ça, ils font des études pendant 10 ans. C'est un vrai boulot. Je trouve qu'on attend beaucoup des capitaines avec juste deux semaines de formation, à mon avis* »

Cette modestie face à un domaine qui n'est pas le leur, met en avant une grande prudence dans la gestion des situations médicale. La plupart délègue la responsabilité aux médecins à terre le plus vite possible.

P1 « j'appelle dès que je pense qu'il faut donner plus que de l'Effergal »

P6 « Je vais faire les premiers soins avec mes connaissances, mais dès que j'ai la possibilité d'avoir une personne à terre dont c'est le métier vraiment, je ne vais pas risquer la vie de la personne. Juste pour montrer que... »

P9 « Si tu donnes un médicament, s'il y a un problème derrière, c'est la faute du capitaine. Tu appelles pour pouvoir avoir un médecin et être libre de te décharger de toute responsabilité. »

Les protocoles appliqués par les officiers formés en France semblent d'ailleurs être orientés de la sorte : au moindre problème médical, prendre l'avis du CCMM.

Chez les marins formés en Belgique, notamment le participant 5, il semblerait que plus d'autonomie soit possible. Il décrit l'utilisation d'un gros fichier avec toutes sortes de pathologies répertoriées, et les médicaments ou prise en charge nécessaires.

P5 « il y a un protocole basique, vraiment basique, et en fait on a une sorte de gros fichier Excel avec tous nos médocs qui sont triés par type de pathologie. »

Cette ligne entre l'autonomie et la nécessité de demander conseil est bien décrite par la participante 10.

« Je pense que ça c'est la sensibilité de chacun, mais du coup c'est un peu juste savoir où est la ligne rouge à ne pas dépasser. Jusqu'à quel point est-ce qu'on peut se sentir suffisamment rassuré de nos compétences, de notre évaluation de la situation, pour ne pas demander un avis »

Parmi les participants à l'étude, aucun ne s'est vanté de gérer chaque situation seul, mais plusieurs ont raconté avoir constaté ce genre de comportements chez des collègues.

P6 « *Il y en a qui se prennent pour des cow-boys. Ils n'ont pas besoin d'appeler le capitaine ni la terre. Ils veulent le faire tout seuls* »

P1 « *il voulait me montrer que c'était lui le second* »

Assez logiquement, c'est la courte durée de la formation médicale, notamment chez les marins formés en France, qui est l'argument qui ressort le plus fréquemment pour justifier ces limites.

P3 « *Mais on peut pas condenser 10 ans de médecine en 3 semaines de stage* »

P9 « *Moi j'ai conscience que j'ai pas de formation et que s'il faut faire un truc, tout le monde est dans la merde* »

3.2.2 Un rôle parfois perçu comme une corvée

Dans plusieurs entretiens le rôle de responsable des soins à bord est décrit comme une tâche supplémentaire au planning de la journée, parfois comme une corvée.

P10 « *le problème, c'est que c'est généralement perçu comme de l'additionnel au travail* »

De tous les participants, le participant cinq est celui qui a exprimé le plus de lassitude vis-à-vis de ce rôle de responsable des soins à bord.

P5 « *C'est le matelot qui vient te voir parce qu'il a une plaque rouge sur l'épaule ou parce qu'il a mal au ventre. Du coup il faut aller ouvrir l'hôpital... Personne ne veut le faire, en tout cas c'est relou.* »

Il met en opposition la nécessité de production de son métier, et le temps perdu à soigner les autres.

P5 « *Dans l'offshore de manière générale, ce qui intéresse les marins, c'est la production. Tout ce qui est protocoles maritimes, procédures, ça passe un peu à côté.* »

L'aspect chronophage de ce rôle est bien décrit par la participante 10, même si le sens des responsabilités semble chez elle prendre le dessus.

P10 « *Après, tout ça, c'est en plus que les douze heures de quart qu'on effectue tous les jours. Donc c'est vrai que selon les gens et selon les opérations, il y a plus ou moins d'investissement. C'est très chronophage, puis le maintien de l'hôpital, les commandes, les réceptions de commandes, tous les différents appareils qu'il faut tester, mesurer, calibrer, etc. C'est très chronophage.* »

Le participant huit, commandant et donc plus gradé que la majorité des autres participants de l'étude, décrit un intérêt modéré pour ce rôle et a donc tendance à déléguer.

P8 « *En tant que commandant, je délègue. Mais après, je me dis que bon, s'il n'y a pas le choix... Si je peux déléguer la responsabilité des soins, je le fais. Après, c'est notre boulot. C'est une chose en plus dans notre boulot. C'est comme une autre tâche.* »

Le participant quatre, lui, explique son désaccord avec la décision du commandant lors d'une situation particulière. L'absence d'évacuation du patient qu'il prenait en charge lui a imposé des soins quotidiens lourds pendant plusieurs semaines.

P4 « *Le côté de devoir entretenir un mec pendant trois semaines, tous les jours, tu te lèves et tu vas enlever sa nécrose au bout du doigt, ça j'ai pas kiffé parce qu'on aurait dû le débarquer. On aurait dû se dérouter, le splitter quelque part et repartir. C'est énervant parce que tu prends la charge de quelque chose qui ne t'appartient pas.* »

3.2.3 Un rôle qui peut faire peur

Le champ lexical de la peur et de l'appréhension est retrouvé à plusieurs reprises dans les entretiens de cette étude.

P3 « *Après je ne sais pas si je me sentirais capable de gérer tout seul.* », « *Moi, je trouve ça flippant parce que tu as la responsabilité de la vie de quelqu'un d'autre* »

P8 « *Je n'aime pas le sang ni rien, mais après... »*

P9 « *Je ne suis pas très à l'aise avec le sang »*

Certains participants parlent de la peur qu'ils ont pu voir chez leurs collègues.

P1 « *Le capitaine ne voulait pas voir ça car il avait peur. »*

P6 « *Le second capital, en général, c'est lui qui va s'occuper de tout ce qui est médical. Le problème c'est qu'en revanche il était philippin, il avait déjà très peu de connaissances ou d'éducation dedans, et puis ça le faisait vomir. »*

D'autres décrivent leur propre appréhension face à des situations, la plupart du temps fictives. En effet il semble que dans l'action ces marins qui appréhendaient leur responsabilité, agissent finalement de manière mécanique et avec sang-froid.

P9 « *Bah oui, de toute façon t'es obligé. Si c'est un problème, il y a une petite strip là, mais s'il faut suturer, écoute, il faut suturer. C'est sûr qu'à un moment, s'il faut faire, il faut le faire. De toute façon, on est dans la merde. »*

P6 « *Je me mets dans la tête qu'il faut que quelqu'un fasse quelque chose et puis... »*

P7 « *Parce que dans ces cas-là, tu rentres dans un état second. Moi, c'est comme ça que je l'ai ressenti. Tu sais qu'il faut que tu agisses, et même que j'aime pas la vue du sang et que j'aime pas tous ces trucs-là, t'es capable, tu passes au-dessus de ça, tu réagis en fonction de... T'as un coup de réveil et puis ça fonctionne »*

Les marins interrogés témoignent donc tous de ces limites personnelles dont ils ont conscience. Que ce soit en termes de connaissance médicale ou d'appréhension face à des situations difficiles ou inconnus, la communication (entre marins ou avec les médecins à terre) semble être une pierre angulaire du fonctionnement des soins à bord. C'est le thème que nous allons développer dans la partie suivante.

3.3 La communication : pierre angulaire des soins à bord

3.3.1 Communication avec la terre

En cas d'évènement médical à bord des bateaux, lorsque l'avis d'un médecin est nécessaire, les responsables contactent le CCMM.

Plusieurs moyens de communication sont décrits dans les entretiens : le mail, le téléphone satellite...

P4 « *on a envoyé des photos quasiment tous les jours pour surveiller l'évolution de la plaie* »

P6 « *le capitaine a appelé la Terre. C'est la première chose qu'on fait* »

Plusieurs marins de Marine marchande ont décrit l'utilisation d'une mallette connectée.

P1 « *On a une valise d'urgence avec internet qui envoie tout le bilan en direct. C'est la mallette Marlink. Elle envoie des ECG* »

P6 « *La seule innovation qu'on a, c'est l'électrocardiogramme où on peut exporter les données et les envoyer par e-mail. C'est la grosse innovation.* »

Parfois lorsque la connexion le permet un appel vidéo est possible.

P4 « *Là sur certains bateaux maintenant on commence à être équipé de matériel assez performant pour faire des visios* ».

La qualité des communication, dépendante de la quantité de réseau disponible, est parfois critiquée. La « bande passante » est dédiée en priorité aux échanges médicaux lorsqu'ils sont nécessaires :

P1 « *Oui, tu as un wifi prioritaire : la bande passante médicale à bord est prioritaire* ».

P6 « *De toute façon, notre réseau à internet avant ne le permettait pas. On a Starlink depuis 3 mois.* »

La participante 10 déplore un système chronophage : elle doit en effet attendre la réponse du standard du SAMU avant chaque conversation.

P10 « *forcément, on s'attend à attendre. Sauf qu'on peut passer 35, 45, 50 minutes au téléphone en attendant qu'on ait quelqu'un au bout du fil.* », « *notre moyen de communication avec Purpan, c'est via la ligne des urgences. Donc, on passe forcément toujours par la régulation, c'est extrêmement chronophage* »

La multiplicité des interlocuteurs est parfois également considérée comme un frein.

P4 « *Ce qu'on aime bien, c'est tomber sur la même personne à chaque fois.* »

P1 « *Par contre tu as un médecin différent chaque jour même si cela concerne le même patient* »

Concernant la qualité des relations entre marins et médecins du CCMM, l'ensemble des avis étaient plutôt positif.

P1 « *Non jamais, ils sont toujours sympas et à l'écoute* »

P10 « *ils font très bien leur travail et quand il y a besoin ils sont là et il n'y a pas de problème particulier et c'est toujours hyper rassurant de savoir que quelqu'un va vous aider* »

Le professionnalisme des médecins du CCMM est souvent mis en avant, ainsi que leur contribution aux différentes formations.

P1 « *oui parce qu'à chaque fois que des médecins sont à bord, ils nous font des formations* »

P3 « *c'était assez bien parce que les médecins sont super bien formés à notre situation* »

P10 « *je suis toujours impressionnée par leur capacité à pouvoir avoir une vision globale de la situation en étant avec les faibles faisceaux d'informations que je peux envoyer* »

D'une manière générale, l'aide apportée par les médecins à distance est constamment la bienvenue. Les consignes sont appliquées à la lettre : les marins se considèrent comme les

yeux et les mains des médecins. Les seules limites de cette communication marins-médecins sont d'ordre technique.

P2 : « *On est un peu les mains du médecin. On est juste un intermédiaire* »

P3 « *Notre travail, ce serait de prendre en charge et de communiquer le mieux possible avec eux, pour qu'eux puisse prendre la meilleure des décisions et surtout ne pas faire si on n'est pas sûr pour ne rien aggraver.* »

3.3.2 Communication et confiance entre les marins

Si la communication entre les marins et les médecins a logiquement sa place dans cette analyse de la médecine à distance en milieu maritime, la communication entre les marins peut sembler plus secondaire. Elle était pourtant au cœur de chaque témoignage, et a une importance cruciale.

La confiance est un élément essentiel que l'on retrouve dans les prises en charge médicales à bord des navires. En effet les marins nécessitant des soins s'en remettent entièrement au responsable des soins et à ses communications avec les médecins à terre.

P4 « *du coup, ces personnes-là, ceux qui ne te connaissent pas déjà, ils te font confiance à 200% parce qu'ils n'ont pas le choix* »

Le marin en charge des soins peut être amené à effectuer des gestes techniques médicaux, à administrer des traitements... La confiance est donc primordiale pour le bon déroulement des soins.

P6 « *quand j'ai eu ce gars avec le doigt, il faisait tout ce que je lui disais de faire* »

Dans certains entretiens cette confiance semblait être imposée par la hiérarchisation des rôles.

P6 « *si le second capitaine décide de faire comme ça et qu'il ne demande pas d'avis, je ne vais rien dire, parce qu'il est au-dessus de moi* »

D'une manière assez logique il apparaît que cette confiance peut dépendre de l'état des relations antérieures entre le marin pris en charge et le marin soignant.

P3 « *Si le second est ouvert, et que ça se passe bien dans le travail, ils vont aller le voir au moindre problème. Mais si les relations dans le travail sont mauvaises, ils laissent trainer leur blessure / maladie.* »

Certains participants semblaient avoir plus confiance envers des marins ayant reçu la même formation qu'eux. Cette notion s'est retrouvée exclusivement chez des marins ayant eu une formation en Belgique.

P6 « *j'aurais confiance en quelqu'un qui vient de la même école que moi* »

Dans l'entretien numéro quatre notamment le marin interrogé essaye de construire cette confiance avec la personne qu'il doit prendre en charge.

P4 « *Je lui ai proposé de venir ne serait-ce que prendre ses constantes pendant trois jours, une fois par jour, pour le rassurer un peu, pour qu'il comprenne qu'on prend soin de lui.* »

Le participant numéro sept, retraité de la Marine nationale, explique qu'il construisait cette confiance en établissant un rapport d'homme à homme. Il n'agissait plus en tant que commandant du navire mais en tant que collègue du marin en détresse.

P10 « *Moi j'étais à bord, on se met un petit whisky entre les deux, une bière et puis on a des comportements d'hommes. Je pense que c'est là que j'ai eu le plus d'interventions à faire et où elles ont été certainement les plus importantes.* », « *Donc, j'étais très accessible. Et donc ils pouvaient se confier à moi. J'étais un peu plus âgé, un peu plus... Bon, donc on parlait plus facilement.* »

Certains témoignages nous font part d'un réel manque de confiance ressenti notamment par les membres de l'équipage d'origine étrangère. Dans la majorité des entretiens menés il semble que sur les navires français les Philippins occupent une place très importante parmi les équipages. Ces différences linguistiques et culturelles semblent parfois pouvoir entraver la communication et la confiance entre marins et officiers.

P6 « *En fait, ils ne nous font pas du tout confiance, et ils ne font même pas confiance aux médecins quand on leur dit quelque chose.* », « *les Philippines, entre eux, ils l'ont caché. Ils ont essayé de le cacher, qu'il s'était brûlé. Ils l'ont caché dans sa cabine pendant deux heures. Donc on ne l'a su que deux heures après qu'il s'était brûlé.* »

Dans cette partie sur la communication un dernier point ressort à plusieurs reprises lors des entretiens. Il apparaît que les demandes de soins à bord peuvent être influencées par les conséquences qu'elles génèrent.

P3 « *Mais si les relations dans le travail sont mauvaises, ils laissent trainer leur blessure / maladie. Ils ont surtout peur de débarquer et de ne plus pouvoir travailler. Ils ont besoin d'argent pour le ramener à la maison.* »

P6 « *Parce qu'ils ont peur qu'on les renvoie à terre. Parce que s'ils sont renvoyés à terre, ils ne touchent plus l'argent, ils n'ont plus rien. Dès qu'il y a un problème, au lieu de venir nous rapporter, ils vont le cacher.* »

P10 « *tout accident à bord va faire l'objet d'un rapport et d'une analyse des causes avec de toute façon des rappels à l'ordre de l'ensemble de l'équipage sur des protections à mettre en place. Donc je pense trouver une cause ou un responsable permanent est néfaste* »

Le participant numéro sept témoigne que dans la marine nationale c'est envers les médecins militaires que la confiance peut parfois être limitée.

P7 « *il y avait des médecins, effectivement. Mais il faut bien voir une chose, c'est qu'un médecin militaire, pour un militaire. C'est pas qu'un médecin. C'est également un militaire. Parce que si tu lui dis, tiens, j'ai ceci, il va te mettre inapte pour naviguer. C'est un médecin à qui tu ne vas pas forcément faire une entière confiance* »

Les décisions de prise en charge telles que les rapatriement ou déroutement de navire sont parfois prises en tenant compte d'autres facteurs non médicaux. Par exemple les conséquences économiques du déroutement d'un navire sont telles que parfois la santé des marins peut en pâtir.

P1 « *le chef mécanicien s'est fait piquer par une mouche sur les fesses. Mais nous étions aux Philippines avec un temps chaud et humide, donc ça s'est infecté. Sauf que c'était le covid donc on ne pouvait pas le débarquer, puisque si on le débarquait on ne pourrait plus le rembarquer, or sans lui le bateau ne peut pas naviguer... Je ne peux pas trop en parler. Normalement il aurait dû débarquer, mais le capitaine a.... Si cela n'avait pas été le chef mécanicien il aurait débarqué.* »

P3 « *un marin qui descendait une échelle tout nu s'est ouvert un testicule. Il y avait un médecin à bord et il a fortement insisté pour que le bateau se dérouté vers l'Espagne, mais le capitaine a refusé. Le marin a été opéré finalement à bord, mais le capitaine a eu un procès.* »

P4 « *Oui, c'est toute la subtilité des grosses compagnies, qui étaient capables d'appeler le CCMM à notre place pour leur dire le gars il va bien, on va rester en mer.* »

3.3.3 Diversités culturelles et linguistiques

Cette partie sur la communication ne peut s'achever sans soulever un point qui revient fréquemment lors des entretiens : les différences culturelles et linguistiques qui cohabitent au sein du même navire. Comme mentionné plus haut, beaucoup de navires sous pavillon français engagent des matelots philippins. Les officiers de marine marchande que nous avons interrogé doivent donc composer avec la barrière de la langue et les différentes croyances de cette communauté.

P3 « *Les philippins passent beaucoup de temps à bord, et quand ils sont à bord c'est comme une grande famille, ils veulent tout le temps être ensemble quand quelqu'un est malade ou blessé.* »

P6 « *En fait, leur éducation, c'est dès qu'il y a quelque chose, on a mal au ventre, on prend des antibiotiques, on prend tout le temps des antibiotiques.* »

Le CCMM étant basé en France, il apparaît que ce sont les officiers francophones qui s'occupent des communications avec les médecins.

P8 « *Le truc c'est que, suivant les pays où on travaille, ça m'arrive d'être le seul français aussi, donc j'appelle Purpan, et donc c'est moi qui est... vu que je suis le seul à parler français, donc c'est moi qui appelle.* »

Le métier de marin étant un métier de voyage, on retrouve dans les entretiens, diverses destinations et nationalités, qui imposent donc de pouvoir jongler entre différentes langues :

P6 « *Le nom de l'antiseptique, je ne m'en souviens plus parce que c'était sous pavillon norvégien.* »

P9 « *moi, mon bateau, il est sous pavillon allemand, tu vois, et donc les Allemands, ils sont revenus avec des médicaments allemands* »

3.4 Impact de la formation et des compétences

3.4.1 Description des différentes formations

Sur les 10 participants interrogés huit sont (ou seront) officiers de Marine marchande et ont donc validé leur enseignement médical 3. Le skipper titulaire d'un diplôme de capitaine 500 a reçu l'enseignement médical 2. L'ancien commandant de la Marine nationale a reçu une formation médicale très sommaire.

Les officiers diplômés de l'école française doivent valider un stage d'une semaine en milieu hospitalier. Ils sont encadrés par des infirmiers qui les laissent observer et réaliser des gestes médicaux :

P3 « *Au Havre aux urgences et c'était super sympa avec des infirmiers et les internes. Oui, c'était vraiment intéressant. Ouais et on a pu faire des gestes pratiques genre des prises de sang et tout »*

P6 « *J'ai fait pas mal de sutures diverses sur les personnes âgées »*

Les trois officiers ayant eu une formation en Belgique décrivent une formation plus poussée.

P5 « *La formation médicale qu'on a eu Anvers, c'est hyper qualitatif », « on doit faire un stage de 120 heures dans un service médical, au sein d'un hôpital »*

P6 « *Ils vont beaucoup plus loin et moi j'ai vraiment eu le sentiment que c'était... Que t'étais bien formé quoi. »*

P10 « *Moi, j'ai fait mes études en Belgique. À Anvers. Et on a une formation médicale qui est, à mon sens, un petit peu plus étoffée que celles qu'ils peuvent recevoir en France. »*

La formation belge dispense des cours de médecine durant les deux années de formation, et le stage à l'hôpital est plus long.

P10 « *On a pendant deux années des cours dits de médecine. Donc la première année où c'est plutôt assez générique de comment se construit un être humain et les différentes parties du corps, etc. avec les premiers soins. Et la deuxième partie où on est plus amené à vraiment parler de maladie, éventuellement de genre de maladie, l'idée de fonctionnement diagnostique, etc. »*

Le retraité de la Marine nationale ne se souvient pas avoir reçu de formation médicale. Les navires possédaient un guide sous forme de livre.

P7 « *Notre formation, en fin de compte, elle était nulle. On n'avait absolument rien. On avait ce qu'on appelle le médecin de papier »*

Le diplôme du médical trois nécessite une remise à niveau tous les cinq ans. Elle s'étale sur plusieurs jours avec des rappels théoriques et une remise en pratique à l'hôpital.

P8 « Alors on a une journée avec le médecin de Purpan. Souvent c'est la dernière journée. Souvent on commence une journée avec un médecin urgentiste, infirmier, etc. Une autre journée, les pompiers. Et deux autres jours, c'est en hôpital. »

3.4.2 Critiques et pistes d'amélioration possibles

La critique principale retrouvée dans la majorité des entretiens concerne la courte durée du stage de mise en pratique à l'hôpital.

P4 « Nous on est pas préparé à ça, la formation qu'on a elle est légère. En fait le seul rapport avec le patient qu'on a, c'est une semaine aux urgences. »

P8 « En fait en 5 jours t'es censé être médecin, infirmier, pompier. »

P9 « Je trouve qu'on attend beaucoup des capitaines avec juste deux semaines de formation, à mon avis. »

Certains critiquent également la pertinence du service choisi pour le stage.

Il semblerait qu'un stage aux urgences soit le moyen le plus adapté pour recevoir cette formation.

P1 « Le stage en hôpital devrait se faire aux urgences pour tout le monde. Moi je touchais des poches à caca pour savoir s'il fallait les changer... »

P2 « Je crois que je devais être en réanimation ou post opération...J'ai trouvé ça vraiment très intéressant avec beaucoup de gestes : perfusions etc... »

P4 « Je pense que tout le monde devrait aller aux urgences »

Plusieurs participants ont également critiqué le fait que la remise à niveau ne se fasse que tous les cinq ans. Certains proposent que la remise à niveau se fasse tous les deux ou trois ans.

P2 « Après tous les cinq ans, la remise à niveau c'est un peu long, je pense réduire à 2 ans c'est pas mal. »

P3 « *Un recyclage de notre formation tous les deux ans et demi ça serait pas mal, parce que cinq ans ça va vraiment très loin.* »

P4 « *Pour le coup, tous nos diplômés sont périmés tous les 5 ans, mais on aimerait bien que ça soit revalidé tous les 2 ans.* »

Assez logiquement, il semblerait que l'absence de mise en pratique dans leur métier leur fasse oublier leur formation médicale et perdre les réflexes acquis.

Certaines pistes d'amélioration du système ont été proposées par plusieurs participants. Elles s'éloignent de la simple formation mais nous profitons de cette partie pour les citer.

Comme nous l'avons déjà vu précédemment la participante dix critique l'aspect chronophage des communications avec les médecins de Toulouse. Selon elle une organisation plus optimale des communications permettrait d'améliorer les prises en charge. Elle évoque la possibilité d'envoyer un premier mail au médecin de Toulouse avec une description de la situation médicale et les premières constantes.

P10 « *envoyer un premier mail : déjà, de dresser un premier portrait avec les constantes, etc. Et puis après, comme ça, eux, ils ont déjà une idée un peu plus précise de quoi on va parler et de pouvoir aiguiller plus rapidement.* »

Le participant huit et la participante 10 soulignent des problèmes fréquents concernant la dotation du navire et les contraintes qu'ils rencontrent pour remplir les stocks de l'hôpital du bateau.

P8 « *Il y a plein de pays où tu ne rentres pas les médicaments. C'est très compliqué. Par exemple, si on les achetait dans une pharmacie française, on n'arriverait pas à les faire venir. T'es obligé de passer par des organismes, les pharmacies locales. On a du mal dans certains pays à avoir de la dotation...* », « *Ouais, 100%, t'oublie. On n'a pas le choix, c'est pas nous qui choisissons, on commande tout mais il y a des pays où certains médicaments n'arrivent jamais. La morphine c'est compliqué d'avoir, il y a des pays qui n'ont jamais de morphine.* »

Le participant huit propose de simplifier les dotations

P8 « *En fait, pour moi, la dotation médicale est presque trop complexe. En fait, tu peux opérer quelqu'un. Dans l'absolu, on a tout pour ouvrir quelqu'un, lui faire enlever l'appendicite. Mais pour des petites bobologies de courant de tous les jours, on n'en a pas forcément.* »

La participante 10 propose un guichet unique pour les commandes de pharmacie.

P10 « *une autre piste sur un guichet unique de pharmacie pour la marine marchande française.* »

Le skipper, lui, évoque des soucis qu'il a rencontré avec des médicaments étrangers apportés par ses passagers. Il propose que chaque skipper ait sa propre pharmacie

P9 « *en fait un skipper devrait se trimballer avec sa pharmacie. Tu vois, ça permettrait de connaître très bien tes médicaments.* »

3.4.3 Évolution des compétences et amélioration des pratiques

Nous retrouvons dans plusieurs entretiens le fait que la mise en pratique des connaissances médicales est assez rare. Certaines situations apprises en théorie ne sont finalement jamais appliquées et les connaissances finissent par s'oublier.

P1 « *vu qu'on pratique pas beaucoup, ça s'oublie super vite.* »

P5 « *Sauf qu'une fois que tu commences, t'es junior et t'es pas vraiment confronté à ce genre de choses, tu oublies vite.* »

Le participant cinq souligne le fait que les connaissances peuvent être oubliées mais il reste des automatismes : un sens médical où certains réflexes vont rester innés :

P5 « *En fait, tout ce qui est savoir technique, je l'ai un peu perdu, mais ça m'a donné le mindset en tout cas. »*

Comme évoqué dans la partie précédente les remises à niveau sont espacées de cinq ans, et c'est donc l'expérience qui prime sur les connaissances théoriques. Cette notion d'expérience est retrouvée dans de nombreux entretiens.

P1 « *lorsqu'il y a des points de suture à faire, c'est souvent les capitaines car ils ont plus d'expérience »*

P2 « *Je pense qu'il y a l'expérience qui joue, c'est sûr, mais à moins que la personne de son côté ait poussé le truc, ce qui va jouer c'est l'expérience »*

P3 « *Mais je suis impressionné des types qui sont vraiment compétents. C'est souvent des gars qui ont de la bouteille. »*

En dehors des remises à niveau obligatoire du diplôme médical certains marins ont évoqué la réalisation de formation à bord des bateaux.

P1 « *Quand tu es « lieutenant-hôpital » tu fais des formations tous les 15 jours avec des Philippins pour les massages cardiaques et tout »*

P4 « *on fait des exercices régulièrement. »*

Cette notion d'auto formation est retrouvée dans certains entretiens. Elle semble être dépendante du niveau de motivation des marins et de leur l'intérêt pour la médecine.

P2 « Après je bosse pour être prêt. J'essaye de travailler aussi pour être prêt à la fonction supérieure. », « Oui, j'ai vraiment commencé à m'y intéresser plus, apprendre tous les médicaments qu'on a... »

P6 « S'il y a un site qui pourrait nous donner des informations sur la posologie et tout ça, ce serait vraiment formidable, parce que j'ai l'impression que je peux aller nulle part sur internet pour trouver des informations sur un médicament. »

P9 « Tu vois, au médical 3, ça fait chier personne. Tout le monde sait que c'est super important et intéressant »

L'évolution et l'amélioration des pratiques au cours du temps est parfois évoquée notamment par le participant quatre et le participant sept.

P4 « Le côté marine marchande historique et le côté marine marchande actuel, ce qui change c'est que maintenant on fait gaffe aux gens. Tu pouvais un peu crever la gueule ouverte. C'est à l'ancienne quoi. C'est extrême, mais maintenant les gens font quand même gaffe. »

P7 « Mais néanmoins, j'espère que ça a changé maintenant, dans la marine nationale »

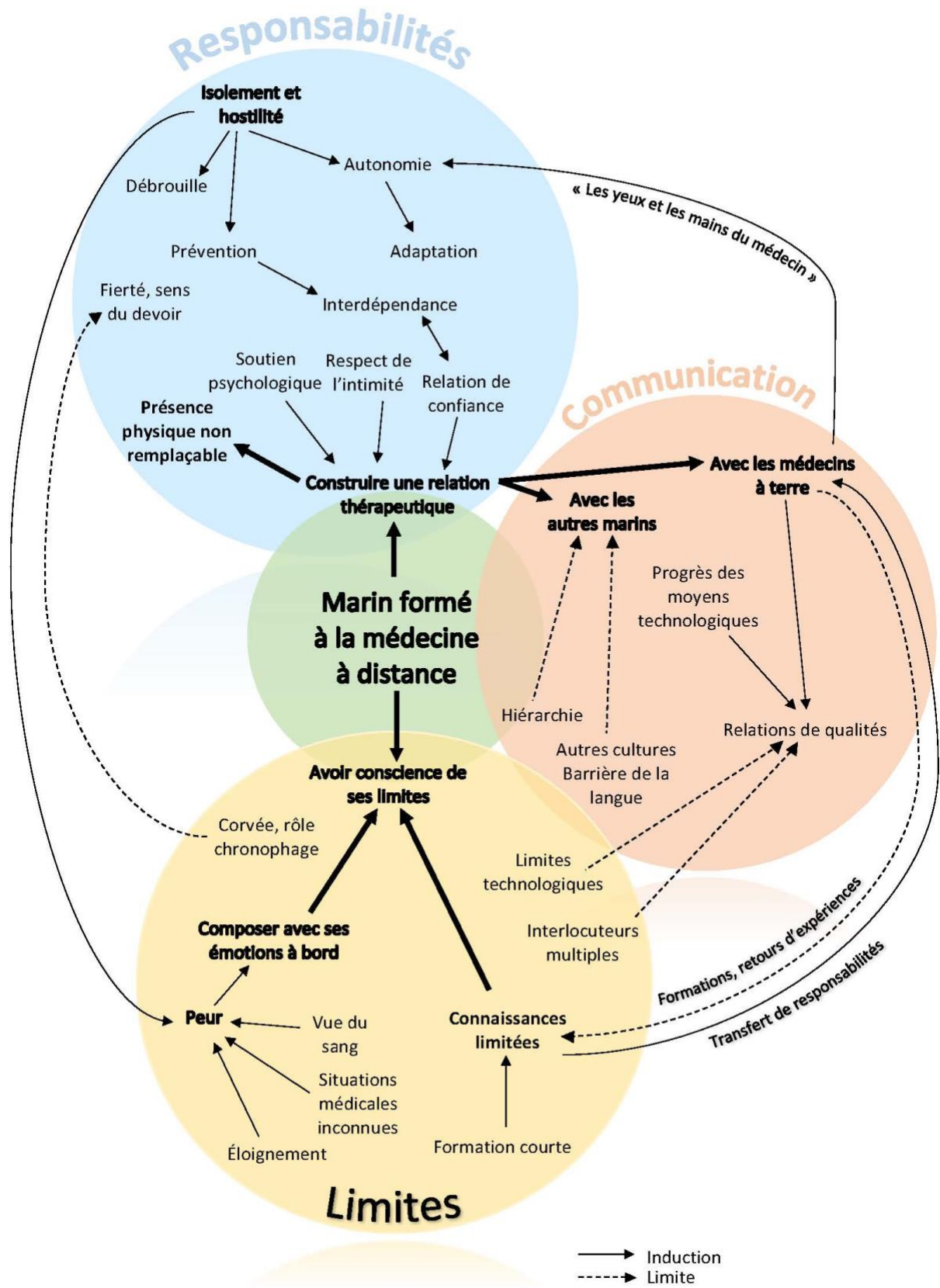
L'inclusion des femmes dans la Marine fait entre autres parties de ces évolutions de pratique.

P6 « Alors maintenant, ils nous mettent des choses pour les femmes, des tests de grossesse, des choses comme ça en plus. »

De même, les évolutions technologiques telles que l'utilisation des ECG connectés ou l'utilisation du réseau Starlink mettent en avant l'évolution la pratique de la médecine en mer.

P6 « *La seule innovation qu'on a, c'est l'électrocardiogramme où on peut exporter les données et les envoyer par e-mail. C'est la grosse innovation.* », « *De toute façon, notre réseau à internet avant ne le permettait pas. On a Starlink depuis 3 mois.* »

Figure 3 : schéma explicatif des résultats



4 : Discussion

4.1 Résultat principal

Notre objectif était d'appréhender le ressenti des marins formés à la médecine à distance dans l'exercice de leur fonction.

De l'analyse de nos résultats se dégage un modèle théorique explicatif, qui selon nous pourrait faire graviter trois sphères autour du marin formé à la médecine à distance : ses responsabilités, ses limites, et la communication, le tout régit par la dimension humaine, omniprésente dans chacune des sphères. Une proposition de modèle explicatif est schématisée ci-dessus.

4.1.1 Le sens des responsabilités : une vertu propre aux gens de la mer ?

L'isolement et l'hostilité de la mer sont inhérents au métier de marin, et la gestion des situations médicales à bord est une problématique.

La première partie de nos résultats a permis d'identifier un large éventail de pathologies et de blessures rencontrées en mer. Celles-ci ont déjà été répertoriées par plusieurs travaux de thèses notamment (41) (42).

Selon plusieurs études, le métier de marins fait en effet partie des plus dangereux au monde (43,44). Notre étude confirme les conclusions habituellement retrouvées dans les études de métiers à risque : la prévention, déjà bien présente, est à préserver voir à renforcer (43).

La diversité des localisations géographiques citées dans les entretiens : Groenland, Corée, Chine, Australie... souligne l'isolement et la distance imposés aux marins.

En mer, l'absence physique de médecin a contribué à la mise en place d'un système dans lequel un des marins, selon son grade ou son rôle, est désigné comme responsable des soins à bord du navire.

Malgré la disponibilité constante des médecins du CCMM, l'autonomie reste tout de même le maître mot à bord des bateaux. Le sens de la débrouille est indispensable. L'analogie entre la

médecine et le bricolage faite par le participant 4, ou bien la gestion des brancardages par les équipes de cuisine décrite par la participante 10 témoignent de cette adaptation des marins à un domaine médical qui n'est pas le leur. Ainsi cette débrouille à la fois pragmatique et indispensable ressort comme une stratégie adaptative face aux conditions extrêmes de l'environnement

Dans la majorité des entretiens menés au cours de cette étude, la fonction de responsable des soins à bord est synonyme de fierté et de grande responsabilité. Les marins ont pleinement conscience de leur rôle et de la gravité que peuvent avoir certaines situations.

La discipline, vertu que l'on pourrait attribuer aux Hommes de la Marine (qu'elle soit marchande ou nationale), serait selon nous un des facteurs qui expliquerait le sérieux avec lequel les marins endossent leur rôle de lieutenant médical. Ce sérieux a d'ailleurs pu être constaté par l'investigateur à travers l'attitude des marins lors des entretiens.

Cependant, nous retrouvons le même sens des responsabilités chez le skipper de plaisance. Celui-ci, seul maître de son bateau, ne dispose pas d'une hiérarchie au-dessus de lui pour lui imposer une discipline. Ce sont ses propres initiatives qui instaurent une rigueur médicale à bord. La création de dossiers médicaux sur chacun de ses passagers ou l'installation de sa propre pharmacie sont autant d'exemples qui en témoignent.

Nous avons pu constater chez certains marins un véritable intérêt pour la médecine, et une volonté d'auto formation. La plupart se sont montrés curieux envers le sujet de notre étude, et nombreux sont demandeurs de plus de formations. Cet intérêt a été bénéfique à notre travail, il a notamment contribué à la richesse des entretiens.

La tâche médicale est un devoir. Qu'elle soit la leur ou celle des autres, les Hommes de mer veillent à ce qu'elle soit accomplie. Nous voyons ici l'interdépendance des Hommes sur les navires. Ils réalisent que leur intégrité dépend du travail des autres, et c'est d'autant plus le cas lorsqu'il s'agit du rôle médical.

De ces récits de prises en charge médicales se dessine petit à petit l'image d'une relation soignant/soigné, dans laquelle le véritable médecin, qui agit à distance, n'a finalement qu'un rôle secondaire.

Les critères de l'alliance thérapeutique parfaite à laquelle nous, médecins de la terre, espérons prétendre un jour (45,46), sont finalement retrouvés dans les comportements de ses marins modestement formés à la médecine. De la construction d'une relation de confiance au respect de l'intimité, le professionnalisme des prises en charge est marquant.

Cependant cette implication totale dans le rôle médical vient être pondérée par certains entretiens qui qualifient parfois la fonction médicale de véritable corvée. Le champ lexical de la contrainte est souvent retrouvé : « chronophage », « obligation », « tâche comme une autre ». Ces témoignages et notamment celui du participant 5 ont été très enrichissants pour cette étude puisqu'ils venaient modérer l'enthousiasme global des marins pour la fonction médicale.

Ce sens des responsabilités qui incombe au responsable des soins sur les navires implique une pleine conscience de ses propres limites.

4.1.2 Avoir conscience de ses limites

Comme attendu, les marins interrogés ont tous conscience de leurs limites quant à leurs capacités de prise en charge médicale. En effet, la courte durée de leur formation médicale ne les place en aucun cas au rang de professionnel de la santé. Comme nous l'avons vu précédemment ils assument malgré cela de hautes responsabilités lorsqu'ils sont isolés en mer. Ces responsabilités ne les empêchent pas d'être critiques vis-à-vis de leurs capacités, et ils sont au fait de leurs limites personnelles.

Deux types de limites ont pu être discernées dans cette étude.

La première limite concerne les connaissances modestes que leur a procuré leur formation médicale. Les quelques dizaines d'heures de pratique à l'hôpital ne suffisent pas à couvrir le champ des pathologies potentiellement rencontrées à bord des bateaux.

Leur formation concise a pour objectif de leur donner des connaissances générales sur la médecine, et de leur transmettre un vocabulaire médical permettant des communications

plus efficaces avec les médecins à terre. « *Nous sommes des marins, nous ne sommes pas médecins* » : cette phrase est revenue à plusieurs reprises dans les entretiens.

Sans que la comparaison n'ait été un objectif de la part des investigateur de cette étude, celle-ci met en lumière des différences entre les formations françaises et belges. Le recrutement de sujets formés en Belgique s'étant fait par hasard, la comparaison s'est faite de manière fortuite.

Il nous paraît évident d'affirmer que les trois marins de notre étude formés dans la même école en Belgique semblent mieux formés d'un point de vue médical que les marins formés en France. La durée du stage hospitalier est notamment nettement plus importante (120 heures contre 40). Cette comparaison pourrait être une éventuelle piste d'amélioration pour nos formations françaises.

Au moins deux marins ont également suggéré que le stage se fasse exclusivement dans un service d'urgence. Il semble en effet que l'aspect général des pathologies que l'on peut y rencontrer soit plus formateur pour des marins qui seront amenés à faire de la médecine générale souvent en urgence, à bord de leurs bateaux.

En plus d'une durée de stage hospitalier plus importante, le second point d'amélioration proposé par plusieurs participants concerne la durée de validité du diplôme. En effet un renouvellement de ce diplôme et donc une remise à niveau tous les cinq ans semble trop espacé. Au moins trois participants ont proposé un renouvellement tous les deux à trois ans.

La deuxième limite met en lumière la dimension humaine, au centre de cette analyse du ressenti des marins dans leur pratique de la médecine en mer. La peur est évoquée à maintes reprises lors des entretiens. Des termes comme « trouille », « peur », « vue du sang » illustrent cette crainte. La peur du sang est fréquente, et dans un milieu comme la mer où les pathologies traumatiques sont fréquentes, il semble qu'elle soit un frein à plusieurs prises en charge. Les responsabilités imposées par l'isolement font aussi partie des raisons pour lesquelles les marins ont peur. Malgré un sens de la débrouille impressionnant, cette autonomie forcée, à certains endroits du globe, en impressionne plus d'un.

Il existe donc un équilibre fragile entre l'autonomie des marins avec leurs compétences limitées et la décision de délégation des responsabilités au médecin à terre.

4.1.3 La communication

Toutes ces limites font qu'un système bien rôdé de communications avec des médecins à terre a été façonné au fur et à mesure des années. La communication est bel et bien la pierre angulaire du modèle explicatif de notre analyse.

La communication avec les médecins à terre bien sûr, mais avant tout la communication entre marins à bord des navires.

Cette étude confirme que les communications avec la terre sont avant tout dépendantes des moyens technologiques (39,47). Les avancées telles que le réseau Starlink ou les mallettes/ECG connectées sont des innovations qui facilitent les échanges entre le médecin à terre et le bateau.

De nombreux marins décrivent cependant les difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir une communication de qualité avec le médecin. La multiplicité des interlocuteurs ou l'attente chronophage lors des échanges sont des exemples de freins rapportés lors des entretiens.

Qu'en est-il alors de la relation entretenue entre les marins et les médecins qu'ils contactent ?

Où se place le marin dans la relation tripartite qui s'organise lors des prises en charge ?

L'étude n'a pas mis en avant de mauvaises relations entre les médecins et les responsables des soins à bord. Les médecins du CCMM sont notamment félicités pour leur professionnalisme concernant l'aide apportée depuis la terre ou encore les formations qu'ils animent. Cette qualité de relation est retrouvée en grande partie dans l'étude de 2010 qui a envoyé un questionnaire à 385 marins ayant eu le rôle de responsable des soins à bord (40).

Comme on pouvait s'y attendre, une grande majorité des participants à notre étude place le médecin au sommet de cette relation thérapeutique. Le médecin est celui qui sait, le marin n'est que « les yeux et les mains du médecin ». Cette expression est retrouvée dans au moins deux témoignages.

Cependant, il apparaît que le marin occupe un rôle de premier plan, bien plus essentiel qu'il ne pense. En effet, la place qu'occupe la communication entre marins montre encore une fois à quel point la dimension humaine est au centre de ce système de soins.

La confiance à bord doit se construire. L'étude montre que la hiérarchie entre les marins leur impose de s'en remettre à celui qui est désigné comme responsable. Il y a néanmoins une différence entre cette confiance imposée par la hiérarchie et la réelle sérénité de la personne en demande de soins. Celle-ci doit être créée et entretenue, et nous avons pu constater que plusieurs participants interrogés usaient des mêmes méthodes que nous utilisons en médecine générale pour gagner la confiance de nos patients.

Une véritable relation thérapeutique s'installe. L'exemple du participant quatre est frappante. Le marin qu'il doit prendre en charge ne parle pas français, est en détresse psychologique, et se montre très méfiant. Le lieutenant que nous avons rencontré va proposer à cet homme de revenir chaque jour de manière régulière pour prendre ses constantes, pour lui faire comprendre petit à petit qu'il lui veut du bien. D'une manière similaire, l'attention toute particulière que porte le participant trois à conserver l'intimité des marins lorsqu'ils sont pris en charge, montre encore une fois à quel point la considération humaine est forte.

L'étude a également montré qu'à bord des navires les diversités culturelles et linguistiques sont importantes. Ces diversités rendent les communications et donc les prises en charge plus complexes.

Certains marins ont pu montrer un certain agacement envers ses différences culturelles. Le participant six notamment s'agace du manque de confiance des Philippins envers les officiers gradés. Il s'offusque même des pratiques médicales propres à la culture de ces matelots, qui s'écartent franchement de la pratique occidentale de la médecine. Dans ce contexte, la communication entre les Hommes à bord est d'autant plus importante et doit être soigneusement préservée.

4.1.4 Dimension humaine, sociale et psychologique

Nous venons de le voir : les dimensions humaines, sociales et psychologiques sont omniprésentes dans ce système de soins où le marin formé à la médecine est finalement un acteur de premier rôle. Entre les Hommes à bord, c'est cette dimension humaine qui permet l'empathie, la confiance et la solidarité. Entre marins et médecins, elle facilite les échanges et l'apprentissage.

L'importance de la hiérarchie, les relations avec les matelots d'autres cultures ainsi que l'appréhension qu'ont les marins de celui qui est responsable de leur santé à bord, sont autant de facteurs qui soulignent la dimension sociale prédominante à bord.

Enfin, le soutien psychologique se révèle être un rôle primordial du marin formé. Il nous semble clair que la réassurance que créer la présence physique du marin en charge des soins ne peut être remplacée par l'aide virtuelle du médecin à distance. Le participant sept est celui qui à travers son récit illustre le mieux ce rôle. Il décrit avec modestie l'influence qu'il a pu avoir dans certaines situations parfois dramatiques, uniquement en prenant le temps d'écouter.

« Parler d'homme à homme ». Voilà une phrase qui pourrait résumer la place de la dimension humaine dans le travail de ces marins.

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Forces de l'étude

Le ressenti des marins formés à la médecine à distance est un sujet très peu étudié dans la littérature actuelle. Ce travail de thèse est à la connaissance des investigateurs la seule étude qualitative qui aborde ce sujet.

Le double encodage qui a été conduit par les scientifiques a permis d'améliorer la validité interne de cette étude.

Une fois retranscrits, aucun des entretiens n'a été envoyé aux participants pour correction. Cela a permis de préserver la spontanéité des discours, et donc l'authenticité des résultats.

4.2.2 Limites de l'étude

La principale limite de cette étude tient au fait que l'investigateur ait réalisé son premier travail de recherche qualitative. Son manque d'expérience avec cette méthode scientifique a donc pu limiter la rigueur de l'étude.

Beaucoup d'entretiens ont été menés à distance, souvent par téléphone, ce qui a pu limiter l'interprétation non verbale des témoignages. De plus, l'absence de rencontre physique a pu limiter la confiance des marins envers l'investigateur, et donc restreindre leur témoignage.

Bien que l'échantillon d'une étude qualitative n'ait pas pour objectif d'être représentatif de la population, un nombre supérieur de femmes dans cette étude aurait sûrement pu être enrichissant.

La saturation des données a été estimée atteinte au bout de neuf entretiens. Dix entretiens ont été menés. La saturation des données étant une donnée subjective, des entretiens supplémentaires auraient peut-être apportés d'autres données.

Le recrutement des participants s'est fait par carnet d'adresse exclusivement, un biais de sélection est possible : seuls les participants les plus motivés à partager leurs expériences ont été interrogés.

L'étude ne permet pas d'évaluer l'évolution des ressentis des marins au fil du temps. Un suivi longitudinal aurait pu fournir des informations sur l'impact de l'expérience accumulée ou des formations continues.

4.3 Perspectives

Ce système de soins original et tripartite constitué d'un médecin à distance, d'un intermédiaire formé et d'un patient, pourrait peut-être inspirer le système actuel à Terre.

Cela pourrait être une piste de solutions par exemple en cas de crise sanitaire, pour répondre de manière urgente à une demande de soins importante. Des intermédiaires formés en quelques semaines pourraient augmenter les capacités de la télémédecine. La formation de nouveaux intervenants serait certes un coût, mais qui resterait limité par la courte durée de leur formation.

L'étude ouvre également des portes vers l'amélioration de la formation des marins français à la médecine à bord. La comparaison avec le système belge ainsi que les axes d'améliorations proposés par les différents participants pourraient être des pistes de recherche. Une remise à niveau des diplômés tous les 3 ans, des formations intermédiaires supplémentaires, un temps passé à l'hôpital plus important et plus ciblé, une simplification et une uniformisation des dotations médicales...

Inclure des modules de gestion des situations psychologiques dans la formation médicale permettrait aux marins d'être mieux préparés à offrir un soutien émotionnel à leurs collègues.

Évidemment une amélioration des outils de communication ne peut être que bénéfique pour les prises en charge médicales à venir.

Comme suggéré plus haut, suivre les marins sur plusieurs années permettrait de comprendre comment leur perception du rôle médical évolue avec le temps et l'expérience. Cela pourrait aider à identifier les moments clés où des interventions de soutien ou de formation sont les plus nécessaires.

Des recherches sur l'impact psychologique de ce rôle de responsable des soins chez les marins pourraient être intéressantes.

Conclusion

Sujet d'actualité, la télémédecine fait partie des pistes d'amélioration sérieuses de notre système de soins. La gestion des situations médicales à bord des navires en mer est un bon exemple de médecine à distance en milieu isolé. Notre étude qualitative a pu s'intéresser au ressenti des marins formés à la télémédecine, dans leur usage de cette compétence en mer.

C'est entre les conseils du médecin à terre et la réalité du patient à bord que le marin formé aux soins compose avec la formation concise qu'il a reçue. L'étude montre à quel point les marins endossent avec rigueur leurs responsabilités médicales malgré l'isolement et l'hostilité du milieu maritime. Ils développent une autonomie pragmatique, souvent assimilée à de la "débrouille", pour faire face à des situations médicales complexes. Toutefois, cette autonomie est toujours tempérée par une conscience aiguë de leurs limites, qu'elles tiennent à leurs compétences médicales ou à leurs émotions.

La communication avec les médecins à terre est, sans surprise, le fondement essentiel de ce système de soins. Les progrès technologiques ont amélioré cette communication, même si des obstacles persistent encore. C'est par contre la communication au sein de l'équipage qui s'est révélée être au moins aussi importante que la communication avec la terre. La confiance mutuelle et la solidarité entre marins déterminent souvent la réussite des prises en charge médicales.

Alors, télémédecine ou médecine à distance ?

Ces deux termes ont le même sens étymologique mais la télémédecine résonne avec téléconsultation et moyens de communication entre médecins et patients. Contrairement à nos hypothèses initiales, devant la place omniprésente et indispensable du marin en tant que responsable des soins, le terme médecine à distance nous semble plus approprié pour

qualifier l'objet d'étude de notre travail. La distance est indiscernable du métier de marin, et ceux-ci pratiquent une réelle médecine dans leur quotidien.

Le marin formé n'est finalement pas qu'un outil de plus pour améliorer la téléconsultation. À travers l'empathie, la confiance et le soutien psychologique, il va finalement devenir acteur de premier rôle dans ce système. Il assure une présence humaine que la télémédecine seule ne peut remplacer.

Ce travail ouvre des pistes de réflexion pour améliorer la formation médicale des marins, optimiser les outils de communication et mieux comprendre l'impact psychologique de cette responsabilité. Ce modèle de médecine à distance en mer pourrait peut-être constituer une source d'inspiration pour notre modèle actuel à terre.

Bibliographie

1. Astruc A, Sarfati S, Halioua B. Télémédecine: les débuts de l'histoire. La Presse Médicale Formation. 1 nov 2020;1(5):551-7.
2. OMS. Politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle : « télématique sanitaire » [Internet]. 1997. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82480/fraid9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Haute Autorité de santé.
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
4. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
5. journal officiel de la république française. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. 2016.
6. Espérance de vie - Mortalité – Bilan démographique 2023 | Insee [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7746166?sommaire=7746197>
7. Santé publique France. Rétrospective de l'année 2023 [Internet]. 2024 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/sante-publique-france-retrospective-de-l-annee-2023>
8. Pr. Patrice Queneau et Pr. Rissane Ourabah. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France Etats des lieux et propositions concrètes. 2023.
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - [Internet]. 2023 [cité 12 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>
10. Noémie Vergier et Hélène Chaput (DREES), en collaboration avec Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. 2017 [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
11. DRESS. Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022 [Internet]. 2023 [cité 12 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/communique-de-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier#:~:text=L'accessibilit%C3%A9%20moyenne%20aux%20m%C3%A9decins,et%20%2C8%20en%202015.>

12. Bonal M, Padilla C, Chevillard G, Lucas-Gabrielli V. A French classification to describe medical deserts: a multi-professional approach based on the first contact with the healthcare system. *International Journal of Health Geographics*. 28 févr 2024;23(1):5.
13. Mann DM, Chen J, Chunara R, Testa PA, Nov O. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 1 juill 2020;27(7):1132-5.
14. Assurance maladie. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. 2020 [cité 12 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
15. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2021 (loi du 13 août 2004). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 [Internet]. 2020 [cité 12 sept 2024]. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf
16. La télémédecine, une pratique en voie de généralisation | vie-publique.fr [Internet]. 2020 [cité 12 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>
17. Beheshti L, Kalankesh LR, Doshmangir L, Farahbakhsh M. Telehealth in Primary Health Care: A Scoping Review of the Literature. *Perspect Health Inf Manag*. 1 janv 2022;19(1):1n.
18. Durupt M. La télémédecine en Meuse et dans le Sud-Toulois: perceptions et attentes des médecins généralistes Thèse d'exercice.
19. Martin Monziols, Hélène Chaput (DREES), Pierre Verger, Dimitri Scronias. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. 2020.
20. Journal officiel. Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
21. HAS. Lieux d'implantation des cabines de téléconsultation et de télésoin : assurer l'accès à des soins de qualité [Internet]. 2024 [cité 3 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3499399/fr/lieux-d-implantation-des-cabines-de-teleconsultation-et-de-telesoin-assurer-l-acces-a-des-soins-de-qualite
22. Bouyge T. Téléconsultation à l'officine : état des lieux, analyse des perspectives par le biais d'une enquête de terrain, réflexion sur la mise en place en Limousin = Teleconsultation at the pharmacy : state of play, analysis of perspectives through a field survey, reflection on the implementation in Limousin [Internet]. Limoges; 2021 [cité 3 oct 2024]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-118146>

23. Pellissier P. Mise en place de la téléconsultation à l'officine : retours d'expériences de pharmaciens et proposition d'aide au déploiement. 2022.
24. Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007.
25. Guedj PA. Attentes et représentations des IDE et médecins généralistes de la presqu'île de Quiberon au sujet de la téléconsultation assistée par IDE. Havre; 2020.
26. Pujos M, Roux P, Tabarly J, Ducassé JL. Consultation et régulation télé médicales maritimes. Centre de Consultation Médicale Maritime – CCMM. :10.
27. Sagaro GG, Amenta F. Past, present, and future perspectives of telemedical assistance at sea: a systematic review. *Int Marit Health*. 2020;71(2):97-104.
28. Gerry Greenstone. Special feature: Captain Vancouver and medicine in the Age of Sail. *British Columbia Medical Journal*. 10 déc 2010;
29. Amy Chandler. Medicine at Sea in the 18th and 19th Centuries. *Modern International and American history* [Internet]. 12 janv 2023 [cité 8 oct 2024]; Disponible sur: <http://www.historyisnowmagazine.com/blog/2023/1/12/medicine-at-sea-in-the-18th-and-19th-centuries>
30. Yannick Romieux. Le médecin de papier, mythe ou réalité ? - article ; n°311 ; vol.84, pg 356-363 [Internet]. 1996 [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.youscribe.com/catalogue/documents/savoirs/medecine/le-medecin-de-papier-mythe-ou-realite-article-n-311-vol-84--870645>
31. Royal College of Surgeons of England. The ship captain's medical guide [Internet]. London : A.M. Walker; 1868 [cité 8 oct 2024]. 104 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/b22315251>
32. Maritime and coastguard agency. The Ship Captain's Medical Guide. 23rd Edition. 2019.
33. Jim Lucas. *livescience.com*. 2019 [cité 8 oct 2024]. What Are Radio Waves? Disponible sur: <https://www.livescience.com/50399-radio-waves.html>
34. Dreff PL, Burckel Y. Définir l'apport et les contraintes de la télémédecine en milieu isolé. 2008;
35. Division 217 : Dispositions sanitaires et médicales. (Articles 217-1.01 à 217-5.02) - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/JORFTEXT000000841523/LEGISCTA000021138458/
36. Arrêté du 29 juin 2011 relatif à la formation médicale des personnels embarqués à bord des navires armés avec un permis d'armement.

37. Ricci G, Pirillo I, Rinuncini C, Amenta F. Medical assistance at the sea: legal and medico-legal problems. *Int Marit Health*. 2014;65(4):205-9.
38. Battineni G, Chintalapudi N, Amenta F. Maritime Telemedicine: Design and Development of an Advanced Healthcare System Called Marine Doctor. *Journal of Personalized Medicine*. mai 2022;12(5):832.
39. Maigner S, Durif L. Critique de la téléconsultation en médecine générale à travers l'exemple de la pratique en milieu maritime. 22 oct 2018;95.
40. Dehours E, Vallé B, Bounes V, Girardi C, Tabarly J, Concina F, et al. User satisfaction with maritime telemedicine. *J Telemed Telecare*. juin 2012;18(4):189-92.
41. Benjamin M. Pathologies rencontrées en course au large à la voile : étude descriptive réalisée lors de la Mini Transat 2013. PARIS DIDEROT - PARIS 7; 2015.
42. Latournerie G. Téléconsultation et décision d'orientation des plaies à bord des navires. Toulouse; 2021.
43. Oldenburg M, Baur X, Schlaich C. Occupational Risks and Challenges of Seafaring. *Journal of Occupational Health*. 2010;52(5):249-56.
44. Sagaro GG, Dicanio M, Battineni G, Samad MA, Amenta F. Incidence of occupational injuries and diseases among seafarers: a descriptive epidemiological study based on contacts from onboard ships to the Italian Telemedical Maritime Assistance Service in Rome, Italy. *BMJ Open*. 1 mars 2021;11(3):e044633.
45. Rapport 21-09. La relation médecin-malade – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/la-relation-medecin-malade/>
46. Prescrire Rédaction. Entretien motivationnel. *Rev Prescrire*. juill 2023;43(477):542.
47. Li X, Zhou Y, Yuen KF. A systematic review on seafarer health: Conditions, antecedents and interventions. *Transport Policy*. 1 juin 2022;122:11-25.

Table des figures

Figure 1 : Répartition géographiques des déserts médicaux en France métropolitaine et territoire d'Outre-mer.....	12
Figure 2 : Évolution du nombre de téléconsultations des médecins libéraux.....	13
Figure 3 : schéma explicatif des résultats	50

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participants	24
---	----

Annexe 1 Fiche de thèse

COORDONNEES	
ÉTUDIANT	Nom : KIEFFER Prénom : Etienne Année universitaire d'entrée dans le DES : 2019/2020 Semestre : post internat S'agit-il d'un travail collectif ? <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : <i>nommer les autres internes</i>
DIRECTEUR DE THESE	Nom : RAMON Prénom : Fabien Exerce en <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> hospitalier <input checked="" type="checkbox"/> autre : médecin militaire Fonction : médecin militaire Lieu d'exercice : Koweït Courriel : docteurfabienramon@gmail.com

CONDITIONS	
RECRUTEMENT DES SUJETS	<input type="checkbox"/> Non-applicable <input checked="" type="checkbox"/> Je me charge du recrutement des investigateurs (par exemple ils seront tirés au sort, recrutés via un réseau de soins, je les trouverais seul, ...) <input type="checkbox"/> Je souhaite recruter la collaboration des investigateurs maîtres de stage ou internes de l'université de Paris <input type="checkbox"/> Je souhaite solliciter auprès de la commission des thèses la possibilité de pouvoir présenter mon projet à HARMOTHESE afin de demander la permission de recruter des investigateurs maitres de stage sur toute l'Ile de France.
FINANCEMENT	N/A

THEME : La place des tiers formés dans la télémédecine : exemple du milieu maritime
Thématique de recherche (MeSH) : Telemedicine Telemedical maritime assistance service Caregiver / Helper eHealth Isolated environment

1. Contexte et justification de votre travail

La télémédecine, qui évolue au gré des avancées technologiques de l'histoire, est en plein essor depuis l'épidémie de Covid 19. Dans le contexte social actuel où les déserts médicaux sont au cœur des discussions(1), elle se démarque comme étant une des possibilités d'amélioration ayant le plus d'impact. Cette nouvelle pratique de la médecine a fait l'objet de divers études, qui ont objectivé certaines limites à intégrer(2)(3). L'absence d'examen clinique,

l'impossibilité de réalisation de gestes médicaux, les contraintes imposées par les limites technologiques sont tout autant de facteurs qui en freinent le développement.

Une des solutions proposées serait la mise en place d'un autre professionnel, de l'autre côté de l'interface : aux côtés du patient, permettant une meilleure utilisation des moyens technologiques, la prise de constantes, une ébauche d'examen clinique, l'éventuelle administration de soins ou de traitements... A ce titre, la dernière loi pour le financement de la sécurité sociale de 2023 inclut un amendement imposant que les téléconsultations soient « réalisées et accompagnées par un professionnel de santé afin de permettre un meilleur encadrement de cette pratique »(4). Les infirmiers peuvent déjà remplir ce rôle (acte reconnu depuis janvier 2020(5)), ainsi que les pharmaciens(6). Néanmoins, la disponibilité de ces professionnels de santé, déjà amplement sollicités, limite fortement cette pratique.

Cette implication d'une tierce personne dans la télémedecine est depuis longtemps mise en œuvre dans le milieu maritime. Historiquement, celui-ci s'est en effet illustré comme un des premiers lieux de pratique de la médecine à distance(7). Les marins coupés de toute communication avec la terre devaient posséder certaines connaissances en médecine, jusqu'à l'apparition des systèmes de communication, notamment la radio, utilisée dès 1948 pour établir un lien entre les navires et l'hôpital Purpan de Toulouse. Depuis, le système s'est perfectionné afin d'assurer la sécurité des marins en mer. Les navires disposant d'un « responsable des soins à bord » contactent le CCMM (Centre de Consultation Médicale Maritime) posté à Toulouse, afin de mettre en place une téléconsultation, le responsable des soins faisant office d'intermédiaire entre le patient et le médecin. Dans cette relation triangulaire, le rôle joué par ce « tiers formé » est essentiel et permet une prise en charge médicale bien plus avancée qu'une téléconsultation classique entre un patient et son médecin.

Plusieurs études se penchent sur les prises en charges médicales en milieu maritime(8), une thèse qualitative de 2018 analyse l'expérience des médecins pratiquant la téléconsultation en milieu maritime(9). Néanmoins peu s'intéressent à ces tiers formés. Une étude, menée en 2010, consiste en une enquête de satisfaction des responsables des soins à bord sur le système de télémedecine du CCMM(10).

Ce rôle joué par les marins, quasi unique dans le domaine médical, interroge sur la place réelle qu'ils occupent dans la relation thérapeutique d'une consultation. Ce modèle singulier de prise en charge médicale en soin primaire soulève en effet plusieurs questionnements : jusqu'à quel degré les marins s'impliquent-ils dans les décisions thérapeutiques ? Où se placent-ils dans l'intimité de cette relation triangulaire ? Comment évaluent-ils l'importance de leurs responsabilités ? Quelle conception ont-ils de leur rôle médical ? ...

C'est dans ce contexte qu'il me semble pertinent d'évaluer de manière qualitative, par le biais d'entretiens semi dirigés, l'appréhension qu'ont les marins de leur fonction dans la télémedecine.

Ce travail pourrait permettre la mise en lumière de ce rôle de tiers formé à la médecine à distance, et ouvrir la porte à de futurs travaux en vue d'une adaptation de ce type d'exercice à télémedecine terrestre actuelle.

2. Objectif de votre travail

L'objectif de cette thèse est d'effectuer une évaluation qualitative de l'appréhension qu'ont les marins formés à la télémedecine de leur fonction.

Nous analyserons ainsi la place qu'ont ces intervenants dans la consultation à distance. Nous en identifierons les atouts ainsi que les limites potentielles.

Question de recherche : Intervention de tiers formés dans la téléconsultation en médecine générale : comment les marins formés à cette pratique appréhendent-ils leur fonction ?

3. Méthode

Type d'étude

ETUDE QUALITATIVE:

Approche utilisée

- analyse inductive générale théorisation ancrée (social, sociétal, interactions entre individus)
- analyse de discours (comment les individus se racontent)
- phénoménologie (comment l'individu vit-il ce phénomène)
- ethnographie (culture) ne sait pas
- autre :

Type d'entretiens :

- entretien individuel (ouvert, structuré, ou semi-structuré)

- focus groupes (entretiens collectifs)

- observation (exemple : flottante/participative)

- étude approfondie de cas

- ne sait pas

ETUDE OBSERVATIONNELLE :

Type d'étude

- descriptive (prévalence, incidence)

- analytique (facteurs associés)

Type de recrutement :

- transversal prospectif rétrospectif

- série non-systématique de cas série

systématique de cas

- cas-témoin

- cohorte

ETUDE D'INTERVENTION :

Type d'étude

- avant-après ici-ailleurs

- contrôlée non-randomisé contrôlée randomisée

- autre étude d'intervention

ELABORATION, EVALUATION, VALIDATION :

- test diagnostique score clinique

indicateurs

- protocoles recommandations référentiels

- stratégies de prise en charge

instruments

- systèmes informatiques d'aide à la décision autre :

REVUE DE LA LITTÉRATURE :

- revue systématique revue systématique avec méta-analyse
 revue narrative

Précisez ci-dessous les bases de données qui seront interrogées ainsi que l'équation de recherche qui sera utilisée.

GROUPE DE CONSENSUS

- groupe nominal groupe delphi
 autre :

AUDIT DE PRATIQUES

CREATION D'OUTILS

AUTRE :

Précisions sur la méthode

Contexte	Êtes-vous intégré au sein d'une équipe de recherche ? <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui :			
Population d'étude	Responsables des soins à bord de navire de commerce, navire de guerre (marine nationale), navire de pêche, navire de transport de passagers			
Lieu de l'étude	Responsables de soins à bord français ayant communiqué avec le CCMM de Toulouse			
Mode de recueil	Entretiens individuels semi dirigés. Guide d'entretien évolutif. Inclusion ciblée des participants, au fur et à mesure des entretiens, en utilisant notamment le réseau des marins interrogés.			
Effectifs envisagés	Arrêts des entretiens lorsque la suffisance des données est atteinte			
Temps de recueil	4 mois			
Stratégie d'analyse	Retranscription intégrale des entretiens. Approche par théorisation ancrée : analyse de contenu inductive Triangulation : participation du directeur de thèse pour l'analyse des données			
Critère de jugement principal	N/A			
Éthique ¹ <i>Si, après avoir lu le pack éthique disponible sur le site Error! Reference source not found., vous hésitez toujours du cadre dans lequel rentre votre projet,</i>	L'étude n'inclue pas de patients, aucune donnée médicale personnelle ne sera traitée. L'identité des participants ne sera pas communiquée.			
	<input type="checkbox"/> Avis comité éthique	<input type="checkbox"/> Déclaration CNIL ²	<input type="checkbox"/> Avis CPP ³	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)

¹ Pack éthique disponible sur le site (Onglet Recherche->La thèse->Déclaration) : <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/declaration-a-la-cnil-cpp-et-comite-dethique>

² <https://www.cnil.fr>

³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/comites-de-protection-des-personnes-cpp>

<i>demandez-nous spécifiquement de l'aide ici et indiquez-le au moment d'envoyer votre fiche.</i>				
Calendrier	Début des entretiens dès l'approbation de la fiche de thèse (janvier / février 2023)			
Autres précisions				

4. Rôle de l'interne dans le projet

Recrutement des sujets, réalisation des entretiens, analyse des entretiens, rédaction de la thèse

5. Retombées potentielles

Ce travail pourrait permettre la mise en lumière de ce poste de tiers formé au sein de la médecine à distance, avec une éventuelle adaptation de ce type d'exercice à télémédecine terrestre actuelle. La mise en place d'un intermédiaire dans les futures téléconsultations aurait en effet grand intérêt à s'inspirer d'un modèle qui existe déjà depuis longtemps dans le milieu maritime.

La question de la formation de ces intervenants sera à mon sens une des principales interrogations soulevées.

6. Bibliographie

1. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
2. Schryve T. La télémédecine en médecine générale: déterminants de son développement [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2019 [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM388.pdf
3. Knop M, Mueller M, Freude H, Reßing C, Niehaves B. Perceived Limitations of Telemedicine from a Phenomenological Perspective. In 2020.
4. Nationale A. Financement de la sécurité sociale pour 2023 (no 274) Amendement n°AS902 [Internet]. Assemblée nationale. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/amendements/0274/CIION-SOC/AS902>
5. création d'un acte d'accompagnement du patient à la téléconsultation pour les infirmiers [Internet]. [cité 5 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/textes-referance/convention/avenants>
6. Pellissier P. Mise en place de la téléconsultation à l'officine : retours d'expériences de pharmaciens et proposition d'aide au déploiement. 2022.

7. Pujos M, Roux P, Tabarly J, Ducassé JL. Consultation et régulation télé médicales maritimes. Centre de Consultation Médicale Maritime – CCMM. :10.
8. Sagaro GG, Amenta F. Past, present, and future perspectives of telemedical assistance at sea: a systematic review. Int Marit Health. 2020;71(2):97-104.
9. Maigner S, Durif L. Critique de la téléconsultation en médecine générale à travers l'exemple de la pratique en milieu maritime. 22 oct 2018;95.
10. Dehours E, Vallé B, Bounes V, Girardi C, Tabarly J, Concina F, et al. User satisfaction with maritime telemedicine. J Telemed Telecare. juin 2012;18(4):189-92.

En soumettant cette fiche de projet de thèse, je certifie qu'elle a bien été validée par mon directeur de thèse avant soumission. *[obligatoire]*

Annexe 2 : guide d'entretien

- 1) Épidémiologie : Age, sexe, type de navire
- 2) Situation clinique rencontrée : maladie / traumatisme / intoxication... Niveau d'urgence estimé. Aboutissement : soins à bord, bateau dérouté, évacuation (médicale ou non)
- 3) Moyens technologiques utilisés :

Moyens adaptés ? photos ? consultation vidéo possible ? envoi ECG possible ?

Dotation à bord adaptée ? manque de matériel ?

Si expérience de plusieurs années : les avancées technologiques ont-elles permis une amélioration de la qualité de prise en charge ?

- 4) Quatrième partie centrée sur le marin et son expérience personnelle :

Niveau de formation adapté à la/ les situations rencontrées ? des idées d'amélioration à y apporter ?

Qualité de la communication avec le médecin du CCMM ?

Pensez-vous que vous auriez pu résoudre la situation sans l'aide du médecin

Avez-vous déjà douté du diagnostic du médecin, si oui l'avez-vous notifié au médecin ?

Avez-vous déjà eu l'impression qu'un mauvais diagnostic avait été donné / une mauvaise prise en charge ?

Avez-vous été recontacté pour le suivi du patient, si oui combien fois ?

Pensez-vous avoir été touché / affecté par une situation clinique ? un suivi psychologique est-il proposé ?

À quel point les complications qu'impliqueraient un déroutage du navire ont-elles influé sur la décision de prise en charge selon vous ?

- 5) Conclusion / ouverture :

Selon vous et votre expérience personnelle, l'intervention d'un intermédiaire formé (infirmière, pharmacien ou autre...) dans des situations de téléconsultation est-elle applicable à terre ?

Ressenti des marins formés à la médecine à distance dans leur usage de cette compétence en mer.

Résumé :

Introduction : Sujet d'actualité, la télémédecine fait partie des pistes d'amélioration sérieuses de notre système de soins. La gestion des situations médicales à bord des navires en mer est un bon exemple de médecine à distance en milieu isolé. Cette étude qualitative s'intéresse au ressenti des marins formés à la télémédecine dans leur usage de cette compétence en mer.

Matériel et Méthodes : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés auprès de dix marins ayant reçu une formation médicale. Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2023 et septembre 2024. La méthode d'analyse des données s'inspire de la théorisation ancrée. Un double encodage a été réalisé pour augmenter la validité interne de l'étude.

Résultats : Les marins expriment une forte conscience de leurs responsabilités et de leurs limites en matière de soins médicaux. Ils font preuve d'autonomie, mais sollicitent rapidement un avis médical extérieur en cas de besoin. La communication avec les médecins à terre et la confiance entre les membres de l'équipage sont essentielles pour assurer des soins efficaces. Des difficultés liées aux diversités culturelles à bord, aux moyens technologiques limités et à une formation jugée utile mais souvent trop courte ont été relevés.

Conclusion : Le marin responsable des soins, à travers l'empathie, la confiance et le soutien psychologique joue un rôle indispensable en milieu isolé. Il assure une présence humaine que la télémédecine seule ne peut remplacer. Toutefois, des améliorations sont nécessaires, notamment en matière de formation pratique et d'organisation des communications.

Spécialité : [DES de médecine générale](#)

Mots clés français : [Télémédecine](#), [soins en milieu isolé](#), [santé en milieu maritime](#), [communication](#), [formation médicale](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)