

## Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 novembre 2024

Par Laurent CHEN-YEN-SU

**Place de la Téléconsultation en EHPAD : Identification des freins et des attentes de ces soignants vis-à-vis de cet outil par étude qualitative ancillaire de l'essai clinique contrôlé randomisé GERONTACCESS**

Thèse dirigée par Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

M. le Professeur Achille TCHALLA, PU-PH

Mme le Professeur Nadège LAUCHET, PAU-MG

Mme le Docteur Léa SEVE, MCA-MG

Mme Caroline GAYOT

Présidente

Juge

Juge

Juge

Membre Invitée







## Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 novembre 2024

Par Laurent CHEN-YEN-SU

**Place de la Téléconsultation en EHPAD : Identification des freins et des attentes de ces soignants vis-à-vis de cet outil par étude qualitative ancillaire de l'essai clinique contrôlé randomisé GERONTACCESS**

Thèse dirigée par Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

M. le Professeur Achille TCHALLA, PU-PH

Mme le Professeur Nadège LAUCHET, PAU-MG

Mme le Docteur Léa SEVE, MCA-MG

Mme Caroline GAYOT

Présidente

Juge

Juge

Juge

Membre Invitée



**Doyen de la Faculté**

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

**Assesseurs**

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DELUCHE</b> Elise	CANCEROLOGIE
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN M.</b> Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>JOUAN</b> Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MAGNE</b> Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARCHEIX</b> Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE

<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>YERA</b> Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

### **Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU</b> Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
<b>VANDROUX</b> David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

### **Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers**

<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>GEYL</b> Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MARGUERITTE</b> François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>PASCAL</b> Virginie	IMMUNOLOGIE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE
<b>SALLE</b> Laurence	ENDOCRINOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

### **P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

### **Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps**

<b>BELONI</b> Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

### **Professeur des Universités de Médecine Générale**

**DUMOITIER** Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

### **Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale**

**HOUDARD** Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

**LAUCHET** Nadège (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

### **Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale**

**BAUDOT** Pierre-Jean (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

**BUREAU-YNIESTA** Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

**SEVE** Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

### **Professeurs Emérites**

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

**LACROIX** Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

**MABIT** Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

**MOREAU** Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

**TREVES** Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

**VALLAT** Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2025

**VIROT** Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

**Assistants Hospitaliers Universitaires**

<b>ABDALLAH</b> Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
<b>BOYER</b> Claire	NEUROLOGIE
<b>HAZELAS</b> Pauline	BIOCHIMIE
<b>CUSSINET</b> Lucie	ORL
<b>FERRERO</b> Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
<b>FRAY</b> Camille	PEDIATRIE
<b>GRIFFEUILLE</b> Pauline	IPR
<b>HERAULT</b> Etienne	PARASITOLOGIE
<b>JADEAU</b> Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
<b>KHAYATI</b> Yasmine	HEMATOLOGIE
<b>LAIDET</b> Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
<b>MEYER</b> Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
<b>PERANI</b> Alexandre	GENETIQUE
<b>PLATEKER</b> Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
<b>SERVASIER</b> Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

**Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux**

<b>ABDELKAFI</b> Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>AGUADO</b> Benoît	PNEUMOLOGIE
<b>ANNERAUD</b> Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
<b>AUBOIROUX</b> Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
<b>BAUDOIN</b> Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>BEAUJOUAN</b> Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
<b>BERENGER</b> Adeline	PEDIATRIE

<b>BLANCHET</b> Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
<b>BONILLA</b> Anthony	PSYCHIATRIE
<b>BOUTALEB</b> Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
<b>BURGUIERE</b> Loïc	SOINS PALLIATIFS
<b>CAILLARD</b> Pauline	NEPHROLOGIE
<b>CATANASE</b> Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
<b>CHASTAINGT</b> Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
<b>CHROSCIANY</b> Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>COLLIN</b> Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>COUMES-SALOMON</b> Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
<b>DELPY</b> Teddy	NEUROLOGIE
<b>DU FAYET DE LA TOUR</b> Anaïs	MEDECINE LEGALE
<b>FESTOU</b> Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>FRACHET</b> Simon	NEUROLOGIE
<b>GADON</b> Emma	RHUMATOLOGIE
<b>GEROME</b> Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>GOURGUE</b> Maxime	CHIRURGIE
<b>LADRAT</b> Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>LAPLACE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE
<b>LEMACON</b> Camille	RHUMATOLOGIE
<b>LOPEZ</b> Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
<b>MACIA</b> Antoine	CARDIOLOGIE
<b>MEYNARD</b> Alexandre	NEUROCHIRURGIE
<b>MOI BERTOLO</b> Emilie	DERMATOLOGIE
<b>NASSER</b> Yara	ENDOCRINOLOGIE
<b>PAGES</b> Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE



**« Le succès, c'est se promener d'échecs en échecs tout en restant motivé. »**

*Winston Churchill*

## Remerciements

---

### A Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER,

Je vous remercie de m'avoir accompagné tout au long de ce travail et de mon internat. Je vous suis reconnaissant pour la présidence de ce jury et pour la qualité de votre encadrement. Vos conseils et vos recommandations m'ont été d'une valeur inestimable. Malgré votre emploi du temps chargé, vous avez su prendre le temps nécessaire quand il le fallait. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements et mon plus grand respect.

Aux membres du jury,

### A M. le Professeur Achille TCHALLA,

Je vous exprime ma gratitude pour avoir accepté d'évaluer mon travail et de faire partie de ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'assurance de mon profond respect.

### A Mme le Professeur Nadège LAUCHET,

Je suis honoré que vous ayez accepté de siéger dans ce jury. Je vous remercie sincèrement pour votre présence et vous exprime toute ma reconnaissance. Merci pour vos enseignements durant ces années d'internat.

### A Mme le Docteur Léa SEVE,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté avec tant de gentillesse de participer à ce jury de thèse. Veuillez croire en l'assurance de ma parfaite et respectueuse considération.

### A Mme Caroline GAYOT,

Vous avez accepté avec enthousiasme de siéger dans ce jury, et je vous en suis profondément reconnaissant. J'espère faire honneur à votre travail.

### A mes parents,

Merci pour votre soutien indéfectible, merci d'avoir toujours cru en moi. Il aura fallu une décennie pour que je sois diplômée mais on y est.

### A mes frères,

Je tiens à vous pour votre présence et votre soutien tout au long de mes études. Sébastien, ça aura été plus sympa de faire l'internat ensemble.

### A ma famille,

Votre présence à mes côtés a été précieuse.

**A mes amis,**

Merci pour votre soutien tout au long de ce parcours.

**Aux personnes qui m'ont accueillies au cours de mon cursus,**

Je tiens à exprimer ma gratitude à tous les professionnels de santé avec lesquels j'ai collaboré durant mon externat et mon internat pour avoir partagé leurs connaissances et leurs expériences avec moi.

Au Docteur Jean-Marc MANCINI, j'ai eu l'honneur de commencer la médecine générale à tes côtés. Tu as été un véritable mentor pour moi durant ces premières années.

**Aux participants de cette recherche,**

À tous les soignants qui ont soutenu notre recherche en participant à nos sessions de focus group, je vous exprime ma sincère gratitude. J'espère que ce travail de thèse contribuera à faire avancer les choses.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

**ANS** : Agence du Numérique en Santé

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CNOM** : Conseil National de l'ordre des Médecins

**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

**EHPA** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**FEDER** : Fonds Européen de Développement Régional

**FHF** : Fédération Hospitalière de France

**GIR** : Groupe Iso-Ressources

**GMP** : Gir Moyen Pondéré

**GTLM** : Programme d'Évaluations Gérontopréventives par Télémédecine

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

**IDEC** : Infirmier(e) de Coordination

**IFOP** : Institut Français d'Opinion Publique

**IPA** : Analyse Phénoménologique Interprétative

**IPA** : Infirmier(e) en Pratique Avancée

**MG** : Médecine Générale

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PMP** : Pathos Moyen Pondéré

**PMR** : Personnes à Mobilité Réduite

**PRT** : Programmes Régionaux de Télémédecine

**UPSAV** : Equipe Mobile de l'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillissement

**URCI** : Unité de Recherche Clinique et d'Innovation en gérontologie au CHU de Limoges

# Table des matières

---

Introduction .....	22
I. Généralités .....	24
I.1. Les EHPAD en France : Démographie & Profil des résidents .....	24
I.1.1. Démographie .....	24
I.1.2. Profil des résidents en EHPAD .....	29
I.2. Démographie médicale en France .....	30
I.2.1. Mode d'exercice .....	31
I.2.2. Densités .....	31
I.2.3. Les Retraités actifs .....	32
I.2.4. Médecin Coordonnateur .....	33
I.2.5. Les Projections .....	33
I.3. La Télémedecine en France .....	33
I.3.1. Définitions .....	33
I.3.2. Historique et Législation .....	36
I.3.3. Focus sur la Téléconsultation .....	37
I.3.4. Impact de la pandémie de Covid-19 .....	38
I.3.5. Projets Locaux sur le Limousin .....	40
I.4. L'essai clinique contrôlé randomisé GERONTACCESS .....	41
I.4.1. Généralités .....	41
I.4.2. Méthodologie .....	42
I.4.3. Les Equipements .....	43
I.4.4. Les Résultats .....	44
II. Matériel et Méthodes .....	45
II.1. Type d'Etude .....	45
II.2. Population Etudiée .....	46
II.3. Recueil des Données .....	49
II.4. L'analyse des Données .....	52
II.5. Aspects Ethiques & Réglementaires .....	53
III. Résultats .....	54
III.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude .....	54
III.2. Résultats du codage descriptif .....	55
III.3. Résultats du codage thématique .....	55
III.3.1. Accès et Besoins aux soins spécialisés -- Motifs des recours .....	56
III.3.1.1. Les soins demandés .....	56
III.3.1.1.1. Les plus fréquents .....	56
III.3.1.1.2. Les autres spécialistes .....	57
III.3.1.1.3. Les équipes mobiles .....	57
III.3.1.1.4. Les paramédicaux .....	57
III.3.1.2. Les difficultés d'accès .....	58
III.3.1.2.1. Les causes .....	58
III.3.1.2.1.1. Le patient .....	58
III.3.1.2.1.2. L'accessibilité et le transport .....	59
III.3.1.2.1.3. Le médecin répondeur .....	59
III.3.1.2.1.4. Le médecin demandeur .....	59
III.3.1.2.1.5. La famille .....	60

III.3.1.2.2. Les conséquences.....	60
III.3.1.2.2.1. Pour le patient.....	60
III.3.1.2.2.2. Pour le soignant.....	61
III.3.1.2.2.3. Pour la famille.....	62
III.3.1.2.3. Les rendez-vous.....	62
III.3.1.2.4. La communication.....	63
III.3.1.2.5. Le contournement.....	64
III.3.1.3. Les motifs de recours aux spécialistes.....	64
III.3.1.4. Les situations et les spécialistes qui ne sont pas sollicités.....	65
III.3.2. Description de la Téléconsultation.....	66
III.3.2.1. Le matériel.....	66
III.3.2.1.1. Equipement Fixe.....	66
III.3.2.1.2. Equipement Mobile.....	66
III.3.2.2. La préparation.....	67
III.3.2.3. Le déroulement.....	68
III.3.2.4. Cas particulier de l'étude GERONTACCESS.....	70
III.3.2.5. Lien avec la médecine de ville.....	70
III.3.2.6. Les spécialités éligibles ou non.....	70
III.3.2.7. Focus sur la téléexpertise.....	71
III.3.3. Expérience utilisateur-soignant de la Téléconsultation (vécu et ressenti).....	71
III.3.3.1. Expérience Positive.....	71
III.3.3.2. Expérience Négative.....	73
III.3.4. Les Avantages de la Téléconsultation.....	74
III.3.4.1. Pour le patient.....	75
III.3.4.2. Pour le soignant.....	76
III.3.4.3. Pour la famille.....	77
III.3.4.4. L'aspect technique.....	78
III.3.4.5. Versus la consultation en présentiel.....	79
III.3.4.6. Focus sur la téléexpertise.....	80
III.3.5. Les Inconvénients de la Téléconsultation.....	80
III.3.5.1. Pour le patient.....	80
III.3.5.2. Pour le soignant.....	81
III.3.5.3. Pour la famille.....	82
III.3.5.4. Pour l'EHPAD.....	83
III.3.5.5. L'aspect technique.....	83
III.3.6. Perspectives de la Téléconsultation (demande et évolution).....	85
IV. Discussion.....	88
IV.1. Choix de la méthode.....	88
IV.2. Modèle explicatif et carte conceptuelle.....	88
IV.2.1. De l'accessibilité des soins à la Téléconsultation.....	88
IV.2.2. La Téléconsultation en pratique, le retour d'expérience.....	89
IV.2.3. La Téléconsultation en pratique, des avantages aux freins en EHPAD.....	90
IV.2.4. La Téléconsultation, et après ?.....	92
IV.2.5. La carte conceptuelle.....	93
IV.3. Analyse matricielle.....	93
IV.3.1. Les soins spécialisés.....	94
IV.3.2. Les causes des difficultés d'accessibilité.....	95
IV.3.3. Les conséquences des difficultés d'accessibilité.....	96

IV.3.4. Les motifs des recours .....	97
IV.3.5. La Téléconsultation, sa description .....	98
IV.3.6. Le vécu de la Téléconsultation .....	99
IV.3.7. Les avantages de la Téléconsultation .....	100
IV.3.8. Les inconvénients de la Téléconsultation .....	101
IV.3.9. Les perspectives de la Téléconsultation .....	104
IV.4. Forces et Limites de l'étude .....	105
IV.4.1. Les Forces de l'étude .....	105
IV.4.2. Les Limites de l'étude .....	106
IV.5. Les Perspectives de cette étude .....	107
Conclusion .....	108
Références bibliographiques .....	110
Annexes .....	115
Serment d'Hippocrate .....	132

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Population française de 75 ans et plus .....	24
Figure 2 : Ratio lits EHPAD / population de +75 ans, en 2021 .....	25
Figure 3 : Répartition part du public & du privé .....	26
Figure 4 : Evolution du GMP de 2019 à 2021 .....	27
Figure 5 : Pathos Moyen Pondéré par département .....	27
Figure 6 : Taux d'équipement en télémédecine par département .....	28
Figure 7 : Age moyen des médecins en activité au 1er janvier 2023 .....	31
Figure 8 : Définition de la Télésanté .....	35
Figure 9 : Activité des médecins généralistes entre 2019 et 2021 .....	39
Figure 10 : Schéma de l'étude GERONTACCESS .....	43
Figure 11 : Territoire d'Evaluation de GERONTACCESS : sud-ouest de la Haute-Vienne.....	47

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Variables des données sociodémographiques .....	52
Tableau 2 : Population d'étude .....	54
Tableau 3 : Causes des difficultés d'accessibilité en fonction de la durée d'exercice dans la profession.....	95
Tableau 4 : Conséquences des difficultés d'accessibilité en fonction de l'âge .....	96
Tableau 5 : Conséquences des difficultés d'accessibilité en fonction de la durée d'exercice dans la profession .....	97
Tableau 6 : Motifs en fonction du type d'exercice .....	98
Tableau 7 : Motifs en fonction du nombre de résidents.....	98
Tableau 8 : Inconvénients en fonction de l'âge .....	102
Tableau 9 : Inconvénients en fonction de la durée d'exercice dans la structure.....	103

## Introduction

---

Ces dernières années, nous assistons au développement croissant des outils de téléconsultation dans notre système de santé et plus globalement de la télémédecine ainsi que de la e-Santé. Les usages peuvent être multiples, à la demande des professionnels de santé mais également des patients, impactant inévitablement la pratique de la Médecine.

Après la pandémie mondiale de Covid-19 survenue à partir de fin 2019 – début 2020, nous avons assisté à une explosion des actes de téléconsultation. Cet évènement a constitué un véritable accélérateur du déploiement de la téléconsultation en France, en établissement de soins mais aussi dans les soins primaires. Cette promotion a été possible grâce à la mise en place de mesures spécifiques par les autorités sanitaires.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'ont pas échappé à cette dynamique. Ils sont confrontés à l'augmentation des besoins avec le vieillissement de la population qui se poursuivra dans les prochaines années et aux difficultés de ressources humaines, notamment en lien avec les problématiques de désertification médicale. Le nombre de patients polypathologiques, atteints de maladies chroniques, de troubles neurocognitifs, dépendants, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire est en croissance constante.

La télémédecine est présentée aujourd'hui par les autorités comme un élément clé pour l'amélioration de l'organisation du système de santé mais également comme l'une des réponses face aux inégalités démographiques et géographiques dans l'accès aux soins. Elle bouleverse les codes de la relation médecin-patient mais aussi les pratiques professionnelles de chacun.

Comme lors de tout changement, notamment technologique et organisationnel, des difficultés variées doivent être surmontées. Il est important de mesurer l'adhésion des usagers et de recueillir leurs attentes afin de déployer l'innovation sur le long terme.

Une enquête de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) d'octobre 2012 constate l'avis réservé des médecins libéraux vis-à-vis de la téléconsultation. (1)

Ce travail de recherche est né de mon vécu de la période Covid-19. Ayant une appétence pour les nouvelles technologies et notamment leurs usages en santé, j'y étais pleinement confronté lors de mes stages, sur le Limousin, en pleine pandémie de Covid-19.

Une fois l'enthousiasme de la crise sanitaire passée, je n'ai pas tardé à entendre des collègues se plaindre des multiples problématiques rencontrées à l'usage de la téléconsultation. Je conserve l'intime conviction du potentiel de ce modèle, qui reste probablement encore sous-utilisé actuellement mais avec des perspectives immenses.

Une expérience de téléconsultations gérontopréventives menée dans la vallée de la Gorre (Haute-Vienne) de 2016 à 2018 (essai GERONTACCESS) a comparé la prévention des hospitalisations non programmées des personnes âgées qui résident en EHPAD, équipées d'outils de téléconsultation et non équipées, dans une zone à faible densité médicale et en zone rurale. Les résultats montrent que le programme GTLM permet de diminuer significativement le nombre de résidents d'EHPAD situés dans les zones à faible densité médicale et hospitalisés de façon non programmée ( $p=0.034$ ). (2)

C'est ainsi que nous avons souhaité développer un projet de recherche ancillaire à cet essai pour évaluer la faisabilité de la méthode et son adhésion par les professionnels du territoire.

Dans une première partie, nous vous présenterons des données issues de nos recherches sur le sujet de la télémédecine sur des applications et/ou des populations différentes en Nouvelle-Aquitaine et au niveau National. Puis nous exposerons les résultats de notre étude qualitative dont l'objectif principal est d'identifier les freins et les attentes des soignants d'EHPAD, en Haute-Vienne, à l'utilisation des outils de téléconsultation pour les patients en EHPAD.

# I. Généralités

## I.1. Les EHPAD en France : Démographie & Profil des résidents

### I.1.1. Démographie

Selon les derniers chiffres disponibles, de l'étude menée par Uni Santé en novembre 2021, la France compte 7 353 EHPAD répartis sur les 95 départements de France Métropolitaine. (3)

Selon les données provisoires de l'Insee, au 1<sup>er</sup> janvier 2024, la population française compte 7 106 175 personnes âgées de 75 ans et plus, en augmentation constante depuis 1995 (Figure n°1).

Selon les projections démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), le vieillissement de la population française va s'accroître au cours des 50 prochaines années. On compte actuellement en France près de 10 millions de personnes âgées de 70 ans et plus (soit 15 % de la population totale). Ce chiffre devrait augmenter à 12,2 millions en 2030 (17,9 %), à 14,9 millions en 2050 (21,6 %) et à 15,7 millions en 2070 (23,1 %).

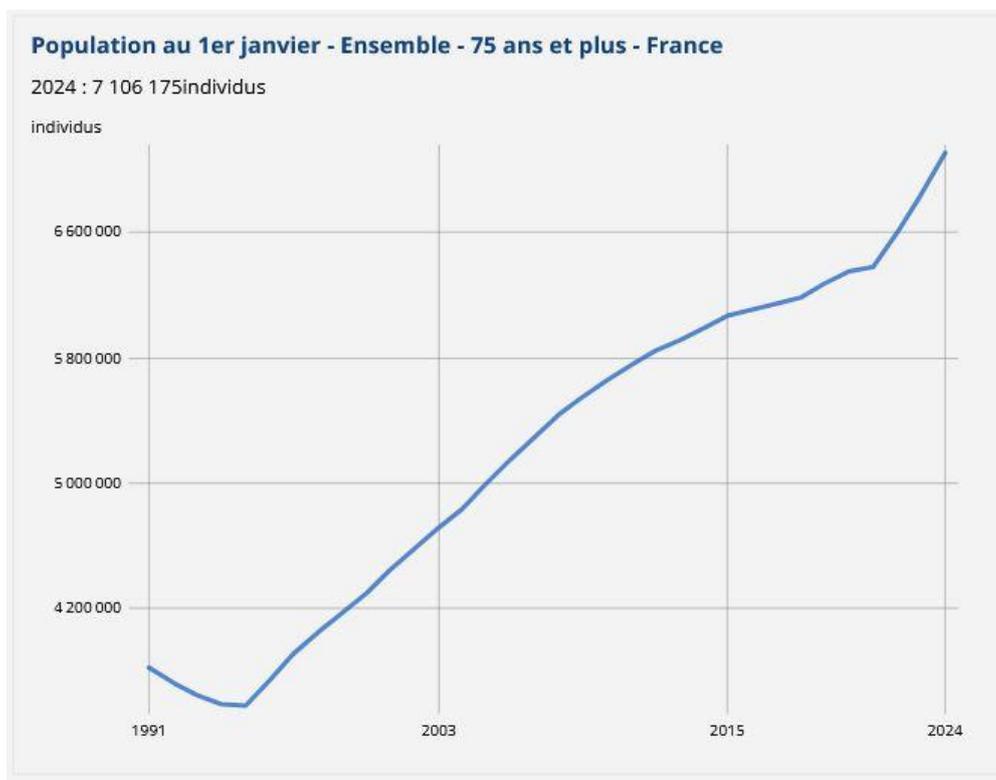


Figure 1 : Population française de 75 ans et plus

Source : Insee

L'évolution des lits en EHPAD ne suit pas cette courbe.

En moyenne, l'offre en EHPAD est de 1 place pour 10 personnes de plus de 75 ans (595 982 lits à fin octobre 2021). Ce chiffre est en très légère baisse par rapport à 2020 : 9,49 % contre 9,53 %. (3)

Cependant, l'offre est très inégale selon les départements : 4,15 places pour 100 personnes de plus de 75 ans à Paris (ratio légèrement en baisse par rapport à 2020) contre 16,30 places pour 100 en Lozère (Figure n°2).

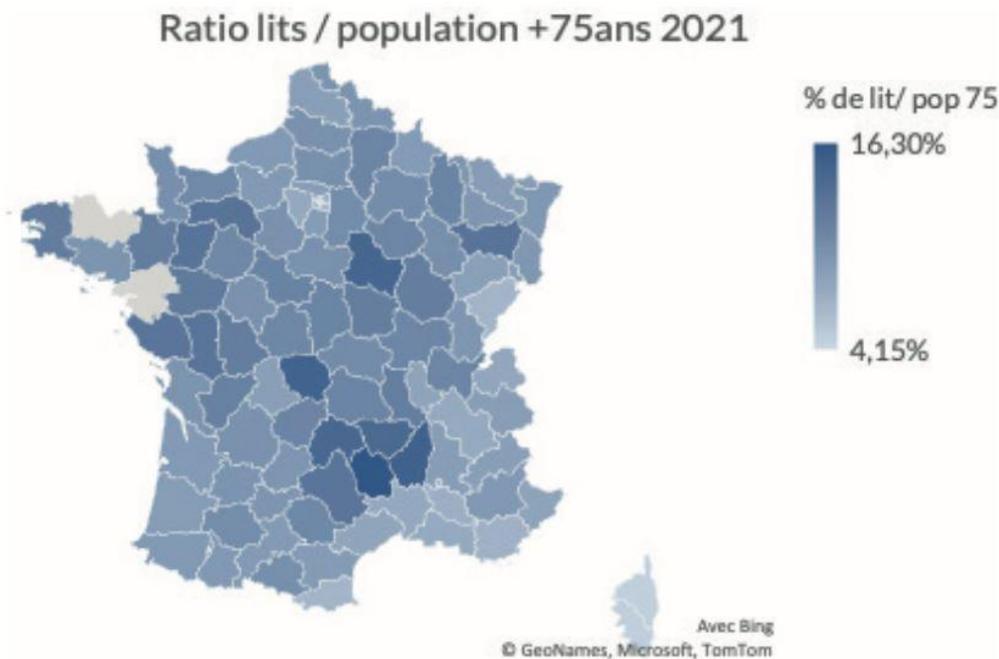


Figure 2 : Ratio lits EHPAD / population de +75 ans, en 2021

Source : Uni Santé

Ce constat peut s'appliquer aussi au niveau des régions. En Ile-de-France et en PACA, le taux d'équipement est inférieur ou égal à 8 places pour 100 personnes de plus de 75 ans. A contrario, en Bretagne ou dans les Pays de la Loire, le taux d'équipement est supérieur à la moyenne nationale.

Sur la zone ex-Limousin, selon un décompte de 2019, il existait 117 EHPAD (41 pour la Haute-Vienne, 45 pour la Corrèze et 31 pour la Creuse) et un ratio de 10,9 places pour 100 habitants. (4)

Selon le dernier décompte provenant du site du gouvernement, les chiffres sont identiques pour la Haute-Vienne et pour la Creuse, avec respectivement 41 et 31 établissements. En revanche, la Corrèze a perdu un établissement portant son total à 44. (5)

Selon les données de l'INSEE, entre 2015 et 2021, en Corrèze, la population des 75 ans et plus est passée de 33 159 (13,9 % de la population) à 33 225 (toujours 13,9 % de la population). En Haute-Vienne, elle est passée de 45 158 (soit 12,3 % de la population) à 45 791 (toujours 12,3 % de la population). Enfin, en Creuse, elle a baissé de 18 735 (15 % de la population) à 17 394 (15 % de la population). (6)

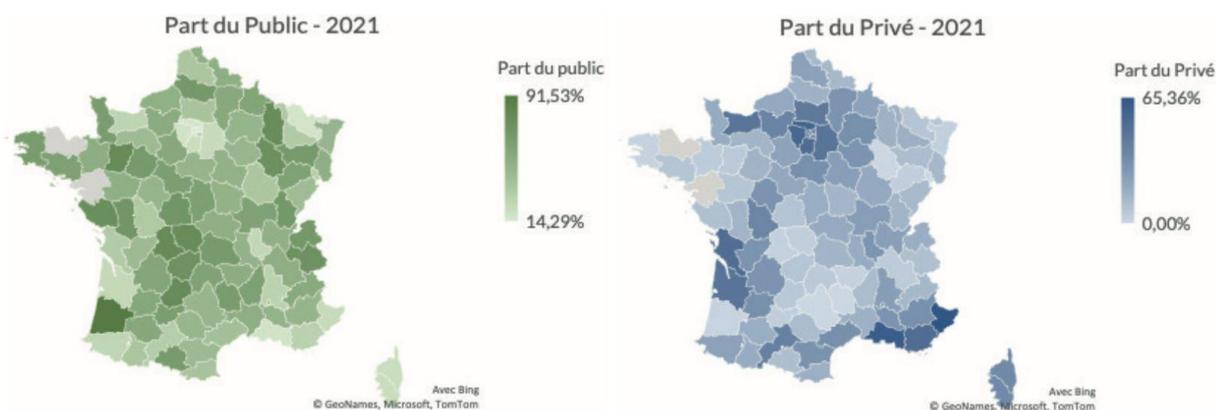
Les EHPAD peuvent être publics, privés commerciaux ou associatifs. Sur les 7 353 EHPAD de France, 44,5 % sont des structures publiques, 31,5 % des structures associatives et 24 % des structures privées. (3)

Dans les départements de petites villes et les communes rurales, les EHPAD publics sont fortement majoritaires et représentent plus de 68 % des structures présentes.

A l'inverse, dans les départements urbanisés, comme les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, le Val-d'Oise, les Yvelines, les Hauts-de-Seine, le Var, l'Essonne, la Charente-Maritime, les EHPAD privés représentent plus de 50 % des structures présentes.

Les établissements associatifs sont, quant à eux fortement représentés dans les départements de l'Est de la France, en Loire-Atlantique, en Aveyron, dans les Pyrénées-Atlantiques (plus de 50 % des structures présentes) (Figure n°3).

En ex-région Limousin, le secteur public gère environ 76 % des EHPAD, tandis que le secteur privé non lucratif en exploite près de 19 %. Le secteur privé à but lucratif représente quant à lui environ 5 % de l'offre des EHPAD. (4)



La capacité moyenne d'hébergement des établissements est de 81 places : 88 pour les EHPAD publics, 75 places pour les EHPAD commerciaux et associatifs.

Parmi les établissements publics, 25 % disposent d'une capacité d'accueil de 100 places et plus. (3)

Le niveau de dépendance des personnes accueillies dans un établissement peut être mesuré à partir du GIR Moyen Pondéré (GMP). Le GMP définit le niveau moyen de dépendance des résidents d'un établissement. Plus celui-ci est élevé, plus le niveau de dépendance des personnes âgées est important.

Au niveau national, le GMP moyen est de 713, avec des différences selon le statut : de 698 pour les EHPAD associatifs à 730 pour les EHPAD commerciaux, ce qui témoigne d'un accueil de résidents plus « dépendants » au sein de ces derniers.

Sur l'ex-Limousin, en 2023, le GMP moyen est de 758 en Haute-Vienne, 756 en Creuse et 721 en Corrèze. (7)

Par rapport à 2019, on note une légère augmentation du degré de dépendance des résidents, notamment au sein des EHPAD commerciaux (Figure n°4).

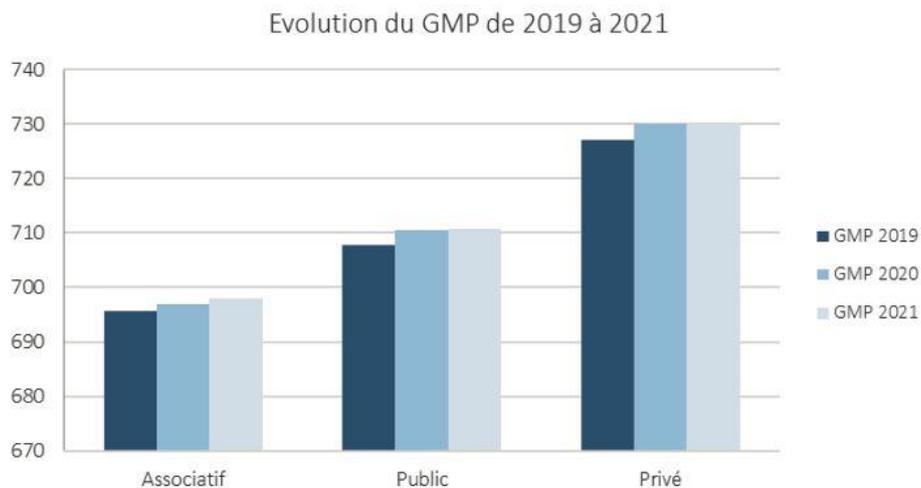


Figure 4 : Evolution du GMP de 2019 à 2021

Source : Uni Santé

Au niveau national, le Pathos Moyen Pondéré (PMP) moyen est de 197. Dans les Pays de la Loire, le PMP moyen est de 173, contre 208 en Ile-de-France (Figure n°5).

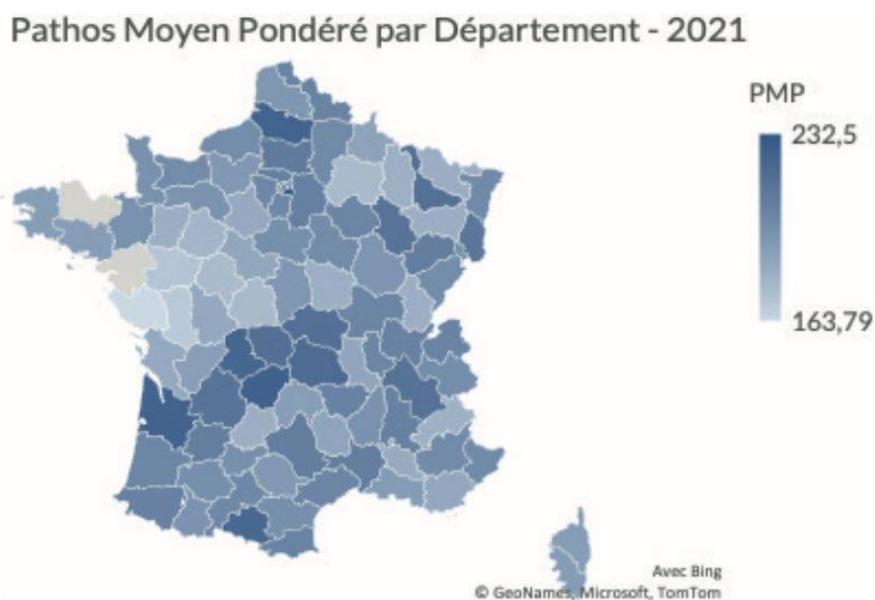


Figure 5 : Pathos Moyen Pondéré par département

Source : Uni Santé

Là encore, on note une différence selon le statut : les EHPAD privés ont un PMP moyen de 200 contre 194 pour les EHPAD associatifs.

79,5 % des EHPAD proposent de l'hospitalisation à domicile (HAD), mais cette offre est à développer dans certains départements comme le Tarn-et-Garonne, le Gers, les Hautes-Alpes, le Gard, les Alpes-de-Haut-de-Provence, le Bas-Rhin, le Doubs (moins de 35 % des établissements).

Par rapport à 2020, seuls deux départements sont en dessous de la barre des 35 % : les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes.

Les départements du Gard, Tarn-et-Garonne, Doubs, Bas-Rhin sont en 2021 à plus de 40 % des EHPAD avec HAD.

Au niveau national, 27 % des EHPAD sont équipés de télémédecine, soit une augmentation de 4 points par rapport à 2020. (3)

Dans les départements comme le Tarn, la Vienne, l'Aube, la Gironde, la Corrèze, le Gers, le Lot, la Creuse, la Charente, les Deux-Sèvres, la Haute-Vienne, plus de 50 % sont équipés (Figure n°6). Le sud-ouest de la France est particulièrement bien équipé.

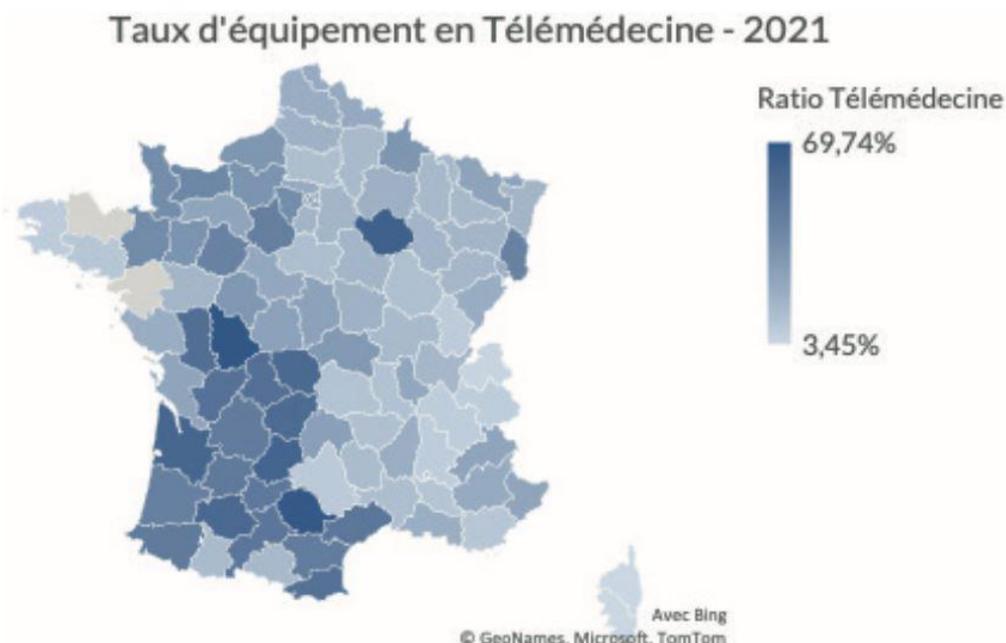


Figure 6 : Taux d'équipement en télémédecine par département

Source : Uni Santé

Le taux d'encadrement global se définit comme le nombre d'emplois directs en équivalent temps plein par rapport au nombre de résidents accueillis. Ce calcul prend en compte toutes les fonctions présentes dans l'EHPAD, à savoir les salariés appartenant aux pôles administratifs, de restauration, d'animation, d'hébergement et de soins.

Le taux d'encadrement global moyen est de 62 équivalents temps plein pour 100 résidents. Des différences sont à noter en fonction du statut juridique des structures : 65 pour les EHPAD publics, 59 pour les EHPAD associatifs et 58 pour les EHPAD privés. (3)

Selon l'enquête EHPA, le personnel paramédical ou soignant est le plus représenté, avec 45 % du total des emplois en équivalent temps plein. Suivent ensuite les fonctions d'agents de service (24 %), les services généraux (13 %) et le personnel éducatif, pédagogique et social (9 %). Les fonctions de direction représentent 6,2 % des emplois, tandis que le personnel médical en représente 0,9 %. (8)

16 % des EHPAD ont mis en place un dispositif d'IDE la nuit (sous la forme d'une présence ou d'une astreinte). Cette pratique est plus répandue dans les établissements publics (20 %) que dans les établissements privés ou associatifs (10 %).

En conséquence, il semble que l'offre d'hébergement en EHPAD, bien que conséquente avec plus de 550 000 lits à fin octobre 2021, est aujourd'hui insuffisante afin de faire face à l'avancée en âge que connaît la France avec un ratio de lits qui présente une tendance négative. Ainsi, afin de faire face au vieillissement de la population française, qui va s'accroître ces prochaines années avec l'arrivée des seniors issus du « baby-boom », il semble primordial aujourd'hui d'accroître l'augmentation du nombre de places en EHPAD.

Les résultats de l'enquête EHPA 2023 (enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées) ne sont pas encore publiés. Cette enquête est menée tous les 4 ans par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la dernière étant l'EHPA 2019. (9)

### **I.1.2. Profil des résidents en EHPAD**

Le cadre légal français permet la reconnaissance de la perte d'autonomie d'une personne âgée à partir de 60 ans, bien que dans les faits cela concerne principalement les personnes de plus de 80 ans. L'entrée en établissement se fait généralement après 75 ans.

En France, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) requiert un âge minimum de 60 ans. (10)

Cependant, cette définition de la personne âgée basée uniquement sur l'âge civil est remise en question par la communauté gériatrique. Même si les gériatres prennent en charge des patients à partir de 65 ans, les principaux défis de cette spécialité médicale visent les personnes de plus de 80 ans. Ainsi, établir un âge « seuil » pour définir la vieillesse n'a d'utilité qu'au niveau institutionnel et administratif.

D'après l'enquête EHPA 2019, les personnes accueillies en 2019 sont de plus en plus dépendantes : 85,1 % sont classées en GIR 1 à 4 (personnes les plus dépendantes) en 2019, contre 83,1 % en 2015 et 80,7 % en 2011. Environ 35 % souffrent d'une maladie neurodégénérative, une proportion très légèrement plus faible qu'en 2015. (9)

La population des établissements d'hébergement pour personnes âgées est en renouvellement permanent. Un quart des personnes accueillies au 31 décembre 2019 sont arrivées au cours de l'année ; 50 % viennent de leur domicile ou de celui d'un proche, les autres venant d'un établissement de santé ou d'un autre établissement d'hébergement. Les deux tiers des sorties correspondent à des décès. Un tiers des personnes ayant rejoint un établissement en 2019 l'ont quitté la même année. (9)

Fin 2019, la moitié des résidents (tous établissements et types d'accueil confondus) ont plus de 88 ans (âge médian), soit 7 mois de plus qu'en 2015. L'âge moyen est de 86 ans et 1 mois, contre 85 ans et 9 mois en 2015. Les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes : ils ont en moyenne 82 ans et 5 mois et les femmes 87 ans et 6 mois, ce qui correspond à peu près à la différence d'espérance de vie entre les deux sexes. (9)

A noter que 86 % des personnes accueillies en établissement n'ont pas ou plus de conjoint.

Parmi les résidents dépendants de moins de 70 ans, 93 % présentaient des troubles de cohérence, contre 86 % de ceux de 80 ans ou plus.

## I.2. Démographie médicale en France

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), au 1er janvier 2023, ce sont 234 028 médecins en activité totale qui sont inscrits à l'Ordre des médecins, soit une variation positive de +8,5 % par rapport à 2010 et de +0,5 % depuis 2022. Les régions les plus peuplées comptent les proportions d'actifs les plus élevées. (11)

La proportion des spécialistes hors médecine générale (MG), en particulier les médecins spécialistes médicaux (hors MG), augmente au détriment de celle des spécialistes en MG.

Les spécialistes hors MG représentent désormais en 2023 57 % des médecins en activité (45 % pour les spécialistes médicaux hors MG, 12 % pour les médecins spécialistes chirurgicaux) contre 52 % en 2010 (41 % pour les médecins spécialistes médicaux hors MG et 11 % pour les médecins spécialistes chirurgicaux).

Ainsi, entre 2010 et 2023, les effectifs de médecins spécialistes médicaux (hors MG) ont augmenté de 17,9 %, ceux des médecins spécialistes chirurgicaux de 19,6 % alors que dans le même intervalle de temps ceux des spécialistes en MG baissaient de 2 %. (11)

Le poids des actifs réguliers parmi les médecins en activité ne cesse de diminuer depuis 2010, au profit des intermittents et des retraités actifs. Effectivement, alors que les actifs réguliers représentaient 93 % des médecins en activité en 2010, ils ne représentent plus que 84 % en 2023. Ainsi, l'effectif des médecins actifs en activité régulière a diminué de -1,3 % entre 2010 et 2023 tandis que ceux des actifs intermittents et des retraités actifs ont respectivement augmenté de +64,4 % et de +259,2 % sur cette même période.

La structure par sexe permet d'observer une répartition par sexe quasiment équitable avec un taux de féminisation de 48,8 % (contre 40,1 % en 2010).

En ce qui concerne l'âge, en moyenne, les médecins en activité sont âgés de 50,5 ans. La proportion des médecins de moins de 40 ans est de 28,5 % et celle des médecins de 60 ans et plus est de 31,1 %.

L'analyse de l'âge moyen des médecins par département au 1er janvier 2023 met en évidence ce que les géographes ont appelé la diagonale du vide, s'étendant du nord-est au Massif central et à l'intérieur du sud-ouest de la France. Les départements où la démographie médicale est la plus âgée sont l'Indre, la Lozère, témoins de l'insuffisance du renouvellement générationnel des médecins dans ces départements. Inversement, les départements du nord-ouest de la métropole et de la façade Atlantique, ainsi que ceux de la Savoie ont une vitalité de la démographie médicale certaine (Figure n°7).

## Age moyen des médecins en activité au 1er janvier 2023.

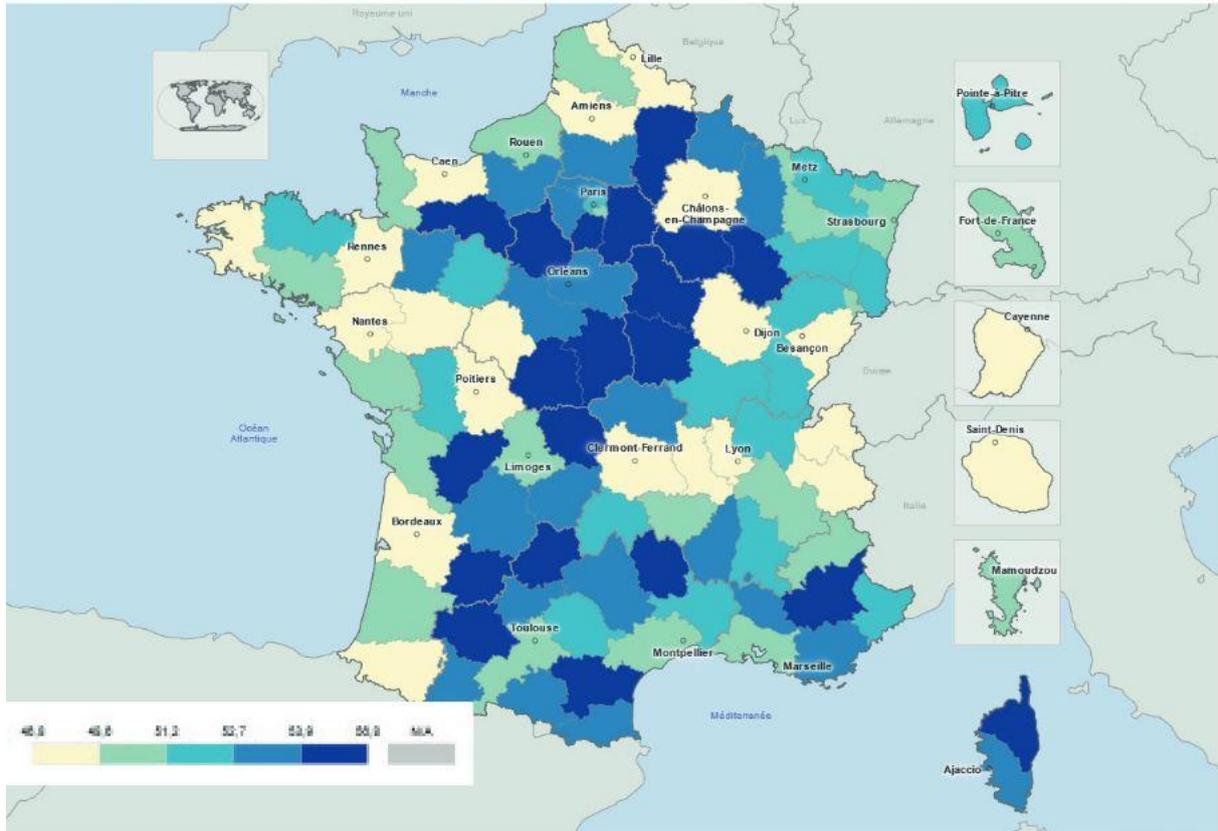


Figure 7 : Age moyen des médecins en activité au 1er janvier 2023

Source : CNOM

A noter, le dernier atlas démographique régional du Limousin du Conseil National de l'Ordre des Médecins date de 2015. (12)

### I.2.1. Mode d'exercice

Parmi l'ensemble des médecins en activité, l'exercice salarié est désormais le premier mode d'exercice.

En pourcentage, entre 2015 et 2023, l'exercice salarié a gagné 3,3 points (45 % contre 42,2 %) et en effectifs, il a augmenté de 12,8 %. Dans la même période, l'exercice libéral perdait en pourcentage 4,4 points (43,5 % contre 47,9 %) et ses effectifs déclinaient de 5,1 %. L'exercice mixte (libéral-salarié) a quant à lui augmenté de 0,8 point (10,5 % contre 9,7 %) et ses effectifs ont augmenté de 12,7 %. (11)

En 2023, l'exercice libéral exclusif est majoritaire (58,4 %) seulement chez les médecins exerçant la médecine générale (MG) parmi les médecins en activité, régulière ou non. A l'inverse, l'exercice salarié est nettement majoritaire (58,4 %) chez les médecins spécialistes (hors MG). (11)

### I.2.2. Densités

L'observation des densités régionales permet d'appréhender les inégalités territoriales. Une opposition Nord-Sud semble se dessiner, avec une exception pour le Bassin parisien.

Dans le détail des densités régionales par spécialités, les constats diffèrent légèrement. La région Centre-Val de Loire apparaît systématiquement parmi les moins bien dotées, avec des densités les plus faibles. L'Ile-de-France est l'une des régions les mieux dotées chez les médecins spécialistes médicaux (hors MG) et chirurgicaux, mais compte parmi les plus faibles densités chez les généralistes. La Provence-Alpes-Côte-d'Azur, quant à elle, est systématiquement parmi les régions les mieux dotées, quel que soit le groupe de spécialité. (11)

L'examen des densités à une échelle plus fine, celle des départements, montre que les disparités territoriales diffèrent.

Pour les généralistes, le même schéma que celui observé pour l'ensemble des médecins en activité semble se reproduire, avec les départements du centre de la métropole qui sont les plus lésés et les départements des littoraux et frontières, ainsi que ceux abritant les grandes villes, qui sont les mieux dotés. (11)

Pour les médecins spécialistes médicaux (hors MG), une diagonale du nord-est au centre de la France se dessine, avec les départements les moins densément peuplés en médecins spécialistes médicaux (hors MG) en activité. Les territoires littoraux et frontaliers, ainsi que ceux densément peuplés, sont les mieux dotés. (11)

Pour les médecins spécialistes chirurgicaux, les départements du contour du Bassin parisien, ainsi que ceux situés principalement dans les terres, sont les moins bien dotés. Les départements des littoraux, des frontières et les plus densément peuplés restent encore une fois les mieux dotés.

Selon le dernier baromètre de la Fédération Hospitalière de France (FHF), tous territoires confondus, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous a presque doublé en cinq ans pour la majorité des spécialités : (13)

- Généraliste : 10 jours en 2024 contre 4 jours en 2019.
- Pédiatre : 3 semaines et 3 jours en 2024 contre 2 semaines et 4 jours en 2019.
- ORL : 2 mois en 2024 contre 1 mois et 1 semaine en 2019.
- Gynécologue : 2 mois en 2024 contre 1 mois et 3 semaines en 2019.
- Cardiologue : 2 mois et 2 semaines en 2024 contre 1 mois et 3 semaines en 2019.

### **I.2.3. Les Retraités actifs**

L'effectif des médecins en cumul emploi-retraite a été multiplié par 3,6 sur la période 2010-2023, passant ainsi de 5 612 à 20 159 médecins.

Le poids des retraités actifs parmi les actifs augmente au fil du temps. Effectivement, alors que les médecins en cumul emploi-retraite représentaient 2,6 % des médecins en activité en 2010, ils en représentent désormais 8,6 %, soit une augmentation de 6 points en 13 ans. (11)

A l'échelle départementale, la proportion de médecins retraités actifs parmi l'ensemble des actifs met en exergue des distinctions importantes. En ce sens, certains départements présentent des proportions de médecins retraités actifs parmi les actifs plus importants, à l'image de la Creuse, de l'Orne ou encore du Cher, où les proportions atteignent respectivement 19 %, 17 % et 15,9 % au 1er janvier 2023. A l'inverse, d'autres départements

présentent des proportions plus faibles, à l'instar des Ardennes (3,1 %), du Doubs (3,3 %) et du Finistère (3,3 %). (11)

A noter que depuis 2017, l'effectif des retraités actifs a augmenté de 19,6 % contre 43,4 % pour les retraités non actifs. La proportion de retraités actifs parmi les retraités diminue, passant ainsi de 22,5 % en 2017 à 19,5 % en 2023, alors qu'elle était de 12,5 % en 2010. (11)

#### **I.2.4. Médecin Coordonnateur**

Le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 définit le temps minimum de présence du médecin coordonnateur en fonction de la taille de l'établissement. Il ne peut être inférieur à 0,25 équivalent temps plein (ETP) dans une structure de moins de 44 places et doit être au minimum de 0,8 ETP pour un établissement de plus de 200 places.

Fin 2015, 32 % des EHPAD ne déclarent aucun ETP de médecin coordonnateur dans la liste du personnel en fonction au 31 décembre, 14 % en déclarent moins de 0,2 et 9 % disposent de plus de 0,5 ETP de médecin coordonnateur. (14)

Ainsi, 10 % des EHPAD ont un poste de médecin coordonnateur non pourvu depuis au moins six mois, ce qui représente près d'un quart des structures déclarant des difficultés de recrutement. (14)

A noter qu'il ne semble pas y avoir de données plus récentes disponibles.

#### **I.2.5. Les Projections**

Le modèle actualisé de projection des effectifs de médecins de la DREES montre une stagnation des effectifs jusqu'en 2027, avant une hausse assez importante des effectifs de médecins jusqu'en 2050 (+1,7 % de croissance annuelle moyenne des effectifs entre 2030 et 2050). En revanche, compte tenu de l'augmentation et du vieillissement de la population, le modèle montre une diminution de la densité médicale standardisée en France, qui retrouverait son niveau de 2021 seulement autour de 2032, puis repartirait à la hausse pour être supérieure de 31 % à la densité actuelle en 2050. (15)

### **I.3. La Télémédecine en France**

#### **I.3.1. Définitions**

On peut définir la télémédecine comme une « *médecine à distance* », le préfixe « télé- » venant du grec ancien signifiant « *loin* ».

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle l'a définie en 1997 comme « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ». (16)

Pour la Haute Autorité de santé (HAS), la télémédecine constitue un ensemble de moyens à distance pour les professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge des patients. (16)

En France, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 dans l'article 78 « Art. L. 6316-1 » apporte une définition juridique plus précise : « *La télémédecine est une*

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

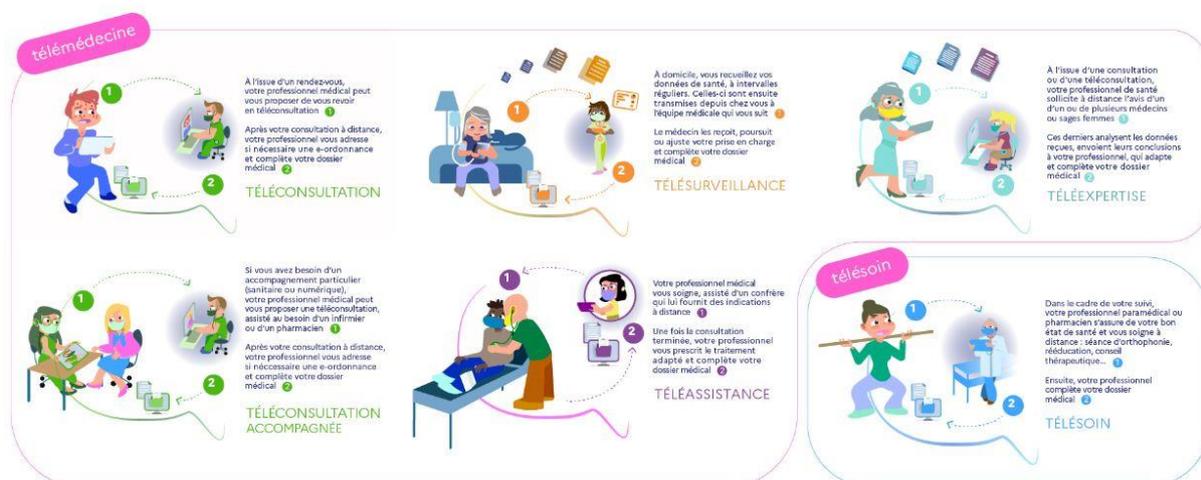
*Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ». (17)*

Sous le terme télémédecine, il est regroupé cinq types d'actes, définis dans le décret du 19 octobre 2010 : (18)

- la **téléconsultation** : permet à un professionnel de santé de donner un avis à distance. Un autre professionnel de santé peut assister le patient au cours de cette consultation ;
- la **téléexpertise** : permet à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient ;
- la **télésurveillance** médicale : permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge ;
- la **téléassistance** médicale (aussi appelée téléconsultation accompagnée plus récemment) : permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte ;
- la **régulation** médicale : permet d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse (SAMU, SOS Médecins...).

La définition de la télésanté est illustrée sur la figure n°8, englobant l'ensemble de ces pratiques et le télésoin.

La télésanté est une activité médicale/soignante à part entière, qui garantit la sécurité de la prise en charge. Elle respecte à la fois les droits des patients, la déontologie des professionnels et la confidentialité des données médicales.



Télésanté : pour l'accès de tous à des soins à distance

Figure 8 : Définition de la Télésanté

Source : DGOS (19)

La télémédecine est présentée par les autorités de santé comme une des solutions face aux enjeux démographiques auxquels l'offre de soins est confrontée. Ces différentes modalités de télésanté visent à améliorer l'accès aux soins, de renforcer la coordination entre les professionnels de santé et d'optimiser la prise en charge des patients.

En 2019, un rapport de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) est publié, dressant un état des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine. Il en ressort que les plateformes régionales sont principalement dédiées à l'exercice de la téléexpertise (la téléexpertise représente plus de 90 % du total des actes réalisés par les plateformes régionales, 70 % si l'on exclut les plateformes n'effectuant que des actes de téléexpertise). (20)

Si l'on considère l'ensemble des activités de télémédecine (privé et plateforme régionale), un état des lieux remontant à 2015, 256 activités de télémédecine sont dénombrées sur l'ensemble du territoire. Les activités de télémédecine reposent essentiellement sur les moyens des établissements de santé : 57 % des projets sont exclusivement hospitaliers et 85 % concernent au moins un établissement de santé. Parmi ceux-ci, le secteur public est prépondérant (83 %). Parmi les actes de télémédecine, ceux de téléexpertise sont les plus souvent développés, ils concernent 48 % des projets et sont suivis par les actes de téléconsultation (25 %), les actes de télésurveillance (16 %) et les actes de téléassistance (10 %). (21)

### I.3.2. Historique et Législation

On peut remonter à l'usage de la télémédecine dès 1876, suite à l'invention du téléphone afin de communiquer à distance avec les patients.

Puis en 1906, une avancée majeure est réalisée avec le premier électrocardiogramme qui est envoyé d'un hôpital vers un laboratoire du Dr Einthoven.

En France, il faut attendre 1948 pour voir émerger les premières initiatives en la matière, avec la création du service radio médical des armées mettant en relation l'hôpital de Toulouse et les services de la Marine Nationale. (22)

La première apparition de la télémédecine dans le droit français est la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie Art 32. (23)

Toutefois sa vraie définition apparaît avec la loi HSPT du 21 juillet 2009 dans l'article 78 « Art. L. 6316-1 » donnant une impulsion à sa pratique. (17)

Ensuite, le décret du 19 octobre 2010 définit les 5 axes de la télémédecine ainsi que ses modalités d'application. (18)

A noter que le Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 entraîne une modification du code de déontologie médicale. (24)

L'article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait prévu des expérimentations sur le déploiement de la télémédecine en ville et dans les structures médico-sociales pour une durée de quatre ans dans des régions pilotes. Ces expérimentations ont été étendues en 2017 à l'ensemble du territoire et aux établissements de santé.

La convention médicale de 2016 et l'arrêté du 10 juillet 2017 marquent une étape importante en fixant les modalités de financement, le remboursement de la téléconsultation et de la téléexpertise dans les EHPAD en créant des cotations appropriées. (25)

La télémédecine fait partie intégrante du plan de santé publique stratégique lancé en 2017 par le gouvernement « Ma Santé 2022 », pour une meilleure qualité, pertinence et coordination des soins, notamment avec la lutte contre les déserts médicaux.

Le décret du 13 septembre 2018 et l'arrêté du 1er août 2018 portant approbation par arrêté ministériel de l'avenant n°6 à la convention médicale ont profondément modifié les modalités d'organisation de toute activité de télémédecine et ont fait entrer la téléconsultation dans le droit commun de la prise en charge des actes médicaux par l'Assurance maladie. (26)

Le CNOM, dans un rapport de 2022, évoque les questions déontologiques et les mésusages. (27)

Un premier Vade-mecum télémédecine qui date de 2014 faisait office de guide et d'un cadre déontologique. (28)

Plus récemment, en 2024, la HAS a renouvelé un guide des bonnes pratiques « Lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin ». (29)

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) avait quant à elle publié en 2012 un guide « Télémédecine et responsabilités juridiques engagées ».

Il est important de souligner que la télémédecine est soumise aux mêmes exigences de qualité et de sécurité que toute autre pratique médicale, comme dans un cabinet médical.

Plus localement, les anciennes Agences Régionales de Santé (ARS), ARS Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes ont défini en 2012 des Programmes Régionaux de Télémédecine (PRT) dans différents domaines tels que l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'insuffisance cardiaque, la santé bucco-dentaire et les téléconsultations en psychiatrie.

### **I.3.3. Focus sur la Téléconsultation**

La téléconsultation est une consultation réalisée par un médecin (généraliste ou de toute autre spécialité médicale), à distance d'un patient. Ce dernier peut être assisté ou non par un autre professionnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien...) ou un de ses proches.

La téléconsultation peut être réalisée à la demande du patient ou du médecin.

Pour réaliser une téléconsultation, le médecin doit en avertir le patient, recueillir son consentement éclairé et évaluer la faisabilité (capacité de communication du patient, état clinique du patient, etc.).

La téléconsultation doit obligatoirement être réalisée par vidéotransmission, dans un lieu permettant la confidentialité des échanges et garantissant la sécurité des données. La téléconsultation doit faire l'objet d'un rapport qui doit être archivé par le médecin dans le dossier du patient si c'est le médecin traitant, sinon dans le dossier médical partagé du patient.

La téléconsultation est soumise aux mêmes exigences que l'exercice médical en présentiel, c'est-à-dire aux lois et règlements applicables aux conditions d'exercice, aux règles de déontologie et aux standards de pratique clinique.

L'identification du patient est un élément crucial de la téléconsultation. Elle doit être rigoureuse, tracée et vérifiée afin d'assurer l'identitovigilance et de garantir que les données de santé sont associées au bon dossier.

De même, l'authentification des professionnels de santé est obligatoire, conformément à la politique PGSSI-S (Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé). Un dispositif d'authentification forte, combinant au moins deux facteurs (mots de passe, cartes à puce, etc.), est requis. Les autres professionnels de santé intervenant dans l'acte sont authentifiés. Les membres accompagnants sont également authentifiés.

La distance imposée par la téléconsultation nécessite une attention particulière de la part du professionnel de santé. Une posture adaptée, une qualité audiovisuelle optimale et une communication claire sont essentielles pour assurer une bonne compréhension mutuelle.

Sur le plan matériel, l'équipement de consultation peut partager de nombreux éléments avec un équipement de visioconférence standard (ordinateur, caméra et microphone). Cet investissement initial peut ainsi être mutualisé avec d'autres usages. Selon les besoins spécifiques de la téléconsultation, des équipements médicaux complémentaires peuvent être envisagés (stéthoscope, otoscope, dermatoscope, thermomètre, tensiomètre, saturomètre, etc.). Ces appareils, lorsqu'ils sont connectés, permettent de transmettre en temps réel les données biométriques au professionnel de santé.

L'importance et la qualité des équipements sont très variables selon les situations, autant du côté du professionnel de santé (de la simple tablette ou téléphone portable à l'ordinateur fixe

avec double grand écran et caméra HD, du cabinet de ville au centre expert) que du côté des patients (allant du téléphone portable à la cabine autonome). Le coût est donc variable, du grand public à l'équipement spécifique professionnel.

La téléconsultation est remboursée pour tous les patients par l'assurance maladie depuis septembre 2018, dans le cadre du parcours de soins coordonné et d'une orientation initiale par le médecin traitant. C'est également le cas de la télé-expertise depuis le 10 février 2019. Une limitation à 20 % du volume annuel d'activité du médecin est mise en place par l'Assurance Maladie, afin de garantir une prise en charge de qualité. (30)

L'Assurance Maladie requiert aussi une alternance de consultations en présentiel et de téléconsultations. Hors exceptions (zones à faible densité médicale et échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire), le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du domicile du patient afin d'assurer un suivi régulier et d'organiser une consultation en présentiel si, à l'issue de la téléconsultation, celle-ci s'avère nécessaire.

Dans un contexte de digitalisation croissante des soins, l'évolution de la société actuelle, au sein de laquelle l'engouement pour les nouvelles technologies est de plus en plus fort, offre une dynamique propice à l'instauration de nouvelles formes de médecine. La téléconsultation semble donc être une évolution logique de la médecine.

#### **I.3.4. Impact de la pandémie de Covid-19**

L'épidémie de COVID a bouleversé les pratiques des médecins et les comportements de soins des patients. Les confinements généralisés puis spécifiques des patients atteints et des cas contacts, associés aux recommandations initiales de consulter son médecin uniquement en cas d'urgence et de diminuer les brassages de population en salle d'attente des cabinets médicaux, ont éloigné physiquement les médecins de leurs patients.

On note durant la phase initiale de l'épidémie une diminution du nombre de consultations en présentiel et des visites à domicile. Par exemple entre le 16 mars et le 12 avril 2020, il a ainsi été observé une division par plus de quinze du nombre de consultations chez les médecins généralistes (31). Ce contexte était particulièrement favorable au développement de la téléconsultation.

Durant la pandémie de COVID, le gouvernement a mis en place certaines aides pour favoriser la pratique de la téléconsultation. Parmi elles, on trouve une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des téléconsultations entre le 15 avril 2020 et le 30 septembre 2022.

Il était également possible pour les médecins de réaliser des téléconsultations pour les patients présentant des symptômes du COVID, sans les connaître au préalable et donc sans respecter le parcours de soins. Il était aussi possible de réaliser des téléconsultations téléphoniques. Ces aides dérogatoires ont disparu avec l'arrêt de l'état d'urgence sanitaire.

Des éditeurs de logiciels de téléconsultation ont également aidé financièrement les médecins à s'abonner à leur plateforme.

Selon les chiffres de la DREES, 3 000 consultations à distance ont été réalisées par des médecins généralistes libéraux en 2018 et 80 000 en 2019. Avec la survenue de la crise sanitaire, leur nombre s'est élevé à 13,5 millions en 2020 et à 9,4 millions en 2021. Cela représente 5,7 % de l'activité des médecins généralistes en 2020 puis 3,7 % en 2021. (32)

Par ailleurs, de nombreuses téléconsultations ont aussi été réalisées par des médecins généralistes salariés de centres de santé, en progression sur les deux années : 600 000 en 2020 et 1,1 million en 2021.

L'usage des téléconsultations a été particulièrement important durant les périodes de forte intensité épidémique et de confinement. Plus d'un million ont été réalisées chaque mois, de mars à mai 2020 et d'octobre 2020 à avril 2021, dont 3,6 millions en avril 2020. (32)

Il n'existe pas de données publiques sur les chiffres en 2022 et 2023.

Ces chiffres sont illustrés par la figure n°9.

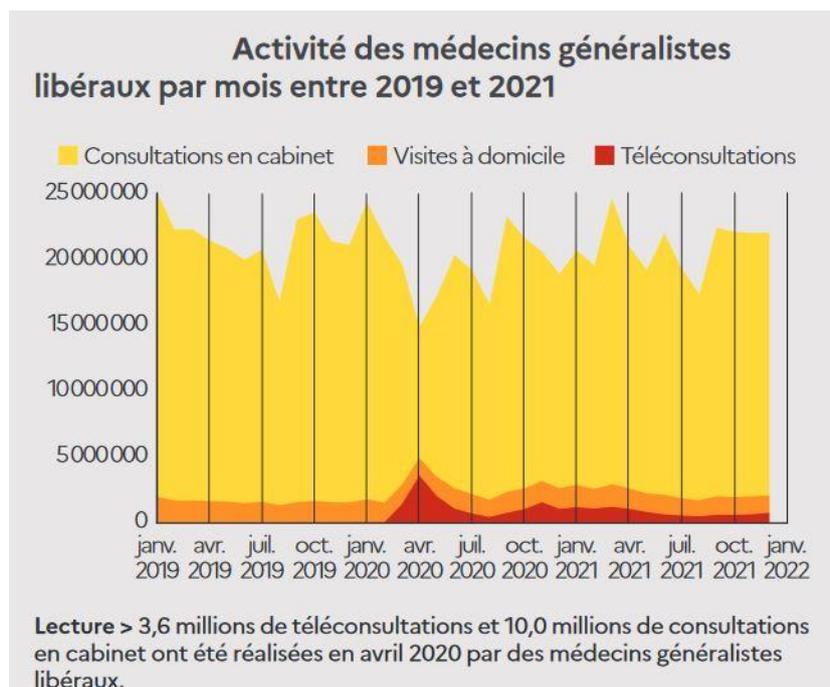


Figure 9 : Activité des médecins généralistes entre 2019 et 2021

Source : DREES (32)

75 % des médecins généralistes ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 contre 5 % antérieurement, selon les chiffres de la DREES. (32)

Si leur nombre a reculé depuis, la crise du Covid-19 a permis une diffusion massive de cette nouvelle pratique tant auprès des médecins que des patients. L'adoption n'est cependant pas uniforme et des variations peuvent exister selon les profils des médecins et des patients. (32)

Le profil des patients évolue. En effet, avant cette crise, les patients les plus jeunes, 30 – 40 ans, représentaient la majorité des téléconsultations. Cette tendance s'est modifiée lors du confinement. Le taux de patients de 70 ans ayant recours à la téléconsultation est passé de 8 % à 20 %. (32)

Si on s'intéresse à la situation particulière dans les EHPAD, on constate que ces établissements n'ont pas eu recours à la télémédecine dans les mêmes proportions que ce qui a été constaté dans la société en général. Des arguments sont avancés, comme des problématiques techniques (équipement, accès internet), liées au résident ou encore des difficultés liées aux ressources humaines. (33)

Concernant les données bibliographiques spécifiques de la téléconsultation en EHPAD, elles sont relativement anciennes et menées en dehors de la zone Limousin. (34) (35) (36)

Une étude de 2022 évalue l'expérimentation des EHPAD comme pôle de ressources de proximité en Nouvelle-Aquitaine. (37)

La téléconsultation en médecine générale a également fait l'objet d'études (38), notamment dans le contexte de la pandémie de Covid-19. (39)

Le point de vue des patients a par ailleurs été pris en compte dans certaines recherches (40).

### **I.3.5. Projets Locaux sur le Limousin**

On retrouve différents types de projets, dont le projet FEDER (Fonds Européen de Développement Régional) qui est dirigé par le service de télé médecine du CHU de Limoges.

Le centre de télé médecine et e-santé du GHT du Limousin a ouvert ses portes en septembre 2020. Situé au CHU de Limoges, il a pour ambition de porter le projet de télé médecine et e-santé du GHT.

Il a été lauréat en 2022 d'un appel à projets FEDER pour le développement et la structuration d'un réseau de visioconférence et de télé médecine (TLM) dans l'espace informationnel de santé du GHT du Limousin.

Grâce à un financement de 575 000 €, le Centre de télé médecine va pouvoir mener plusieurs actions pour développer la télé médecine au sein de 8 centres hospitaliers du GHT du Limousin :

- Haute-Vienne (87) : Saint-Junien, Saint-Yrieix-la-Perche, Saint-Léonard-de-Noblat.
- Creuse (23) : Guéret, Saint-Vaury.
- Corrèze (19) : Tulle, Ussel, Cornil.

Les actions comprises dans le projet FEDER sont les suivantes : (41)

- Achat et installation de matériel pour créer, dans chaque CH, une salle de visioconférence et un ou deux bureaux de télé médecine. La volonté est aussi d'homogénéiser le matériel et les pratiques au sein du GHT.
- Formation du personnel de santé et administratif à l'utilisation de ces outils.
- Développement de la télé médecine et de l'e-santé avec des applications et plateformes comme MyGHT Limousin, Paaco-Globule, Omnidoc<sup>®</sup>, Webex<sup>®</sup>...
- Accompagnement au développement du réseau local de chaque CH, leur permettant de déployer leur activité de télé médecine.
- Conseils et suivi de l'activité.

Il existe aussi dans la région un colloque de la télé médecine, dont la dernière, 4<sup>ème</sup> édition, a eu lieu le 4 juillet 2024 permettant de mieux faire découvrir la télé médecine et d'échanger sur les pratiques. La première édition date du 4 juillet 2019.

D'autres types de projets au niveau des CPTS ont pour objectifs de développer et de renforcer la télé médecine. Il existe déjà des dispositifs tels que les cabines de télé médecine de Genouillac et de Bussière-Dunoise, l'utilisation de SMARTDERM permettant une télé-expertise dermatologique pour les médecins généralistes, ou Monmedecin.org, logiciel de

téléconsultation pour les médecins généralistes. Les CPTS recommandent de développer l'utilisation des équipements mis en place, dont le matériel obtenu via le projet FEDER.

Selon le dernier décompte, la Haute-Vienne comporte 8 CPTS, la Corrèze 6 et la Creuse 5.

Pour la Nouvelle-Aquitaine, on compte 88 CPTS qui couvrent 89 % de la population, selon les données d'Agora Lib' (Association d'appui aux CPTS de Nouvelle-Aquitaine).

Depuis le 20 avril 2020, le CHU de Limoges a déployé un service de téléconsultation pour de nombreuses spécialités, en créant une nouvelle plateforme de téléconsultation. Depuis février 2023, le CHU de Limoges utilise la plateforme Omnidoc® pour de la téléexpertise. (42)

On peut aussi citer le projet TEL-E-DENT, un outil de télédentisterie pour diagnostiquer la pathologie dentaire de résidents vivant en EHPAD. Au sein de cinq EHPAD du Limousin (Guéret, Sainte-Feyre, Ajain, Bourgneuf et La Souterraine) et quatre EHPAD allemands. (43)

Enfin, le laboratoire VieSanté de l'Université de Limoges est une unité de recherche émergente dédiée à l'étude de la fragilité médico-psycho-socio environnementale de la personne âgée. Il porte plusieurs projets sur l'apport des outils numériques pour optimiser le parcours de santé des personnes âgées. L'originalité de la démarche scientifique de l'unité VieSanté réside dans une approche centrée sur les personnes âgées dans le cadre de la « vie réelle », c'est-à-dire sur leur lieu de vie et dans les réseaux de soins gériatriques en prenant en compte la problématique des déserts médicaux ou assimilés (domicile ou en institution). (44)

Concernant les données bibliographiques sur le Limousin, les recherches ont porté sur la téléconsultation en psychiatrie (45), en dermatologie avec SmartDerm (46), sur la téléexpertise des plaies vasculaires (47) ou de la télésurveillance du diabète. (48)

Des données régionales sont également étudiées, notamment en Nouvelle-Aquitaine (49), en région Sud (50) et dans d'autres régions. (51) (52) (53) (54)

## **I.4. L'essai clinique contrôlé randomisé GERONTACCESS**

### **I.4.1. Généralités**

GERONTACCESS était un essai qui cherchait à évaluer l'impact d'un dispositif de télémédecine sur la prévention des admissions aux urgences et des hospitalisations des résidents d'EHPAD âgés et polyopathologiques. (2)

Ce projet de recherche est né des constats de la prise en charge médicale dans les EHPAD du Limousin (population polyopathologique, polymédiquée, chuteurs, sous benzodiazépines avec des troubles cognitifs) et des difficultés en lien avec une densité médicale (spécialistes et médecins traitants) et paramédicale inférieure à la moyenne nationale. (55)

Une étude précédente de 2012 menée par Pr Dantoine et al. réalisée par l'URCI pour l'ARS du Limousin en 2011 avait déjà évalué la prise en charge médicale dans les EHPAD de la région Limousin.

L'hypothèse formulée était que la téléconsultation en présence des différents membres de l'équipe médicale et soignante de l'EHPAD, du patient, du médecin et de l'équipe soignante experte peut permettre une amélioration de la prise en charge médicale des patients âgés polyopathologiques résidant en EHPAD et diminuer d'au moins 25 % l'incidence cumulée des hospitalisations non programmées.

L'objectif principal était d'évaluer à 12 mois l'impact d'un programme d'évaluations gérontopréventives par télémedecine (GTLM) sur la proportion de résidents d'EHPAD, âgés et polypathologiques, admis aux urgences ou hospitalisés de façon non programmée en médecine ou chirurgie. (2)

#### **I.4.2. Méthodologie**

GERONTACCESS est une étude de supériorité, prospective, comparative, randomisée en cluster, en ouvert, en 2 groupes parallèles : un groupe contrôle (soins courants) et un groupe intervention (usage des outils de télémedecine permettant la réalisation des téléconsultations programmées et spontanées).

Le projet est multicentrique avec la participation de 3 centres d'experts : le pôle de gérontologie clinique du CHU de Limoges (pour la gériatrie, cardiologie, dermatologie, médecine physique et réadaptation, soins palliatifs) ; le service de médecine gériatrique du CH de Saint Yrieix ; le service de psychogériatrie du CH Esquirol.

La randomisation permet que : 4 EHPAD sont randomisés dans le bras intervention (54 patients par EHPAD) et 5 EHPAD sont randomisés dans le bras contrôle (43 patients par EHPAD).

La durée de l'étude est de 24 mois (12 mois pour l'inclusion et 12 mois de suivi des patients).

Ainsi, pour les participants des EHPAD équipés et non équipés : les résidents ont bénéficié :

- De 2 visites (Evaluation gériatrique globale) réalisées par l'équipe mobile de l'unité de prévention de suivi et d'analyse du vieillissement (UPSAV), constituée d'un gériatre et d'une IDE, auprès des résidents en présentiel (E1 et E2).
- D'évaluations mensuelles pour le recueil de la consommation de soins.

Pour les participants des EHPAD équipés, les résidents ont bénéficié en plus de :

- 1 visite par TLM à 10 jours de l'inclusion (V0 = continuité de la visite sur site).
- 3 visites par TLM programmées à 3 mois, 6 mois et 9 mois (VP1, VP2 et VP3).
- X visites par TLM spontanées : à la demande de l'équipe soignante.

Le schéma de l'étude est illustré par la figure n°10.

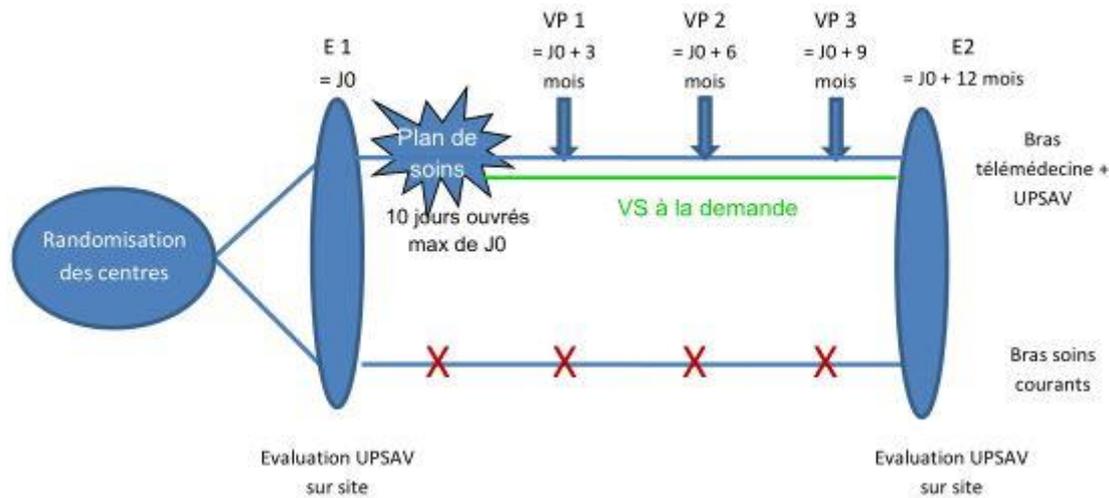


Figure 10 : Schéma de l'étude GERONTACCESS

Source : Mme Caroline GAYOT, Thèse de Doctorat (55)

Dans le groupe intervention, les gériatres télé-experts des centres d'expertise proposent un plan personnalisé de soins en collaboration avec le médecin référent du participant et/ou l'équipe soignante. Cette proposition survient dans les 10 jours suivant l'analyse des données recueillies lors de l'évaluation gériatrique globale (E1).

Cette évaluation comporte : un volet social, un volet médico-social avec le groupe iso-ressource, ainsi qu'un volet sanitaire.

La période d'inclusion s'étendait du 5 juillet 2016 au 22 février 2017. La dernière visite de suivi a été réalisée le 18 janvier 2018. (55)

L'inclusion concernait les résidents d'au moins 60 ans, polyopathologiques (minimum 2 comorbidités). Ne pouvaient bénéficier d'une inclusion les résidents présentant une pathologie grave mettant en jeu le pronostic vital à moins d'un an.

### I.4.3. Les Equipements

Le matériel utilisé dans les EHPAD du groupe « intervention » comprenait : (55)

- Une station informatique se composant d'un ordinateur fixe (centrale + écran permettant une restitution de l'image en haute définition).
- Un système de prise de vue (caméra HD) grand angle et fixée au mur (pilotable en direction et zoom, localement ou à distance).
- Une seconde caméra mobile type webcam pour un champ plus large afin de visualiser la marche de la personne âgée.
- Un système de prise de son (micro) efficace adapté à la localisation.
- Des objets connectés : otoscope/dermatoscope 2 en 1, stéthoscope, ECG 12 dérivations.

Dans les centres d'expertise, le matériel se limitait à un ordinateur fixe (écran en haute définition) avec une caméra, usuellement des terminaux de visioconférence.

A noter que les centres d'expertise ainsi que les EHPAD communiquaient entre eux via une plateforme sécurisée TELEmedecine Aquitaine (TELEA) spécialement développée pour la région Nouvelle-Aquitaine.

#### **I.4.4. Les Résultats**

Le critère de jugement principal était la proportion de patients ayant eu une admission au service des urgences ou une hospitalisation non programmée en service de médecine ou de chirurgie sur 12 mois.

214 résidents ont été inclus dans le groupe intervention. Le nombre de participants dans le groupe contrôle est de 212.

GERONTACCESS montre que le programme GTLM permet de diminuer significativement le nombre de résidents d'EHPAD situés dans les zones à faible densité médicale et hospitalisés de façon non programmée ( $p=0.034$ ). (2)

Les résidents bénéficiant des téléconsultations sont moins hospitalisés sans pour autant augmenter la mortalité et n'induisent pas la ré-hospitalisation des résidents. De plus, la durée moyenne de séjour n'est pas significativement augmentée dans le groupe intervention.

Ainsi, les téléconsultations gérontopréventives permettent d'éviter des hospitalisations pour des situations « gérables » à distance, sans pour autant augmenter la durée moyenne de séjour, ni la mortalité. Les téléconsultations n'évitent pas les hospitalisations non programmées appropriées qui doivent avoir lieu mais permettent de mieux cibler les hospitalisations évitables. (2)

Il est aussi retrouvé que la téléconsultation a pour effet d'augmenter l'intervention du médecin traitant. Aussi, les passages aux urgences (sans hospitalisation) sont plus nombreux dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle sans pour autant être significatifs.

Sur l'aspect économique, malgré une augmentation des consultations du médecin traitant, la téléconsultation gérontopréventive reste une stratégie moins coûteuse que celle du soin courant puisqu'elle permet d'économiser à l'assurance maladie 3 494 € pour chaque hospitalisation non programmée évitée (1868 € avec une méthodologie de calcul légèrement différente, dénommée « point de vue du pourvoyeur de soins »). (55)

À noter, le coût de la technologie n'est pas pris en compte, car celle-ci a été entièrement financée par des fonds gouvernementaux dans le cadre de l'étude.

Aussi, l'étude met en évidence une différence très significative sur le nombre de chuteurs ayant réalisé une chute non grave (sans recours au soin). 50 % des résidents ont réalisé une chute non grave dans le groupe intervention contre 63 % dans le groupe contrôle avec un  $p = 0.006$ .

Aussi, il existe une différence statistiquement significative sur le nombre de chuteurs chutant pour la 1ère fois (chute non grave)  $p = 0.02$  en faveur du groupe intervention. En revanche, il n'existe pas de significativité sur la récurrence de chutes. (2)

Enfin, durant l'étude, de nombreuses téléconsultations ont dû être annulées en raison de problèmes techniques, de mésusages mais également de difficultés d'organisation des ressources humaines.

## II. Matériel et Méthodes

---

L'essai GERONTACCESS mené auprès de patients en EHPAD a montré une réduction significative du recours aux hospitalisations non programmées et un impact positif sur la prévention des chutes, en retardant leur survenue initiale et en diminuant leur fréquence pour les épisodes sans gravité, avec une efficacité médico-économique.

Ce dispositif de téléconsultations gérontopréventives, couplées à un accompagnement adapté, est bénéfique.

Mais le projet GERONTACCESS a été mené entre 2016 et 2018 au sein d'un petit groupe d'EHPAD ayant accepté de suivre un protocole expérimental précis et d'être accompagnés par une équipe de recherche. Le matériel était également entièrement financé. Cette situation n'est donc pas représentative d'un soin courant.

Compte tenu de ces éléments, il me paraissait pertinent de s'interroger sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'usage de la téléconsultation dans les soins courants, notamment en EHPAD.

Afin d'interroger le vécu des soignants des EHPAD, nous avons souhaité répondre à la question : « Quelles sont les attentes des soignants d'EHPAD vis-à-vis de l'usage de la téléconsultation dans leur structure de soins ? »

Notre objectif de recherche était de « Décrire les freins et les attentes des soignants vis-à-vis de l'usage des outils de téléconsultation pour les patients, dans les EHPAD en Haute-Vienne ».

Enfin, cette recherche n'évoquera pas le sujet de la télésurveillance à domicile par télé médecine des paramètres biométriques de la personne âgée poly pathologique. En effet, ce sujet fait l'objet d'une autre thèse, en cours, relative à l'essai clinique contrôlé randomisé e-COBAHLT. (56)

### II.1. Type d'Etude

Afin de répondre à notre objectif de recherche, nous avons choisi de mener une étude qualitative inspirée de l'approche phénoménologique plutôt que de l'approche de théorisation ancrée.

L'analyse phénoménologique interprétative (IPA) : est développée par Jonathan Smith dans les années 1990, l'IPA est une méthode d'analyse qualitative qui se concentre sur le vécu individuel de quelques participants. Elle privilégie une description détaillée et riche des expériences vécues, en utilisant le langage des participants.

Nous avons donc mené une analyse interprétative phénoménologique, à partir d'un échantillon raisonné, selon le principe de suffisance, avec une analyse à trois niveaux de codage : descriptif, thématique et matriciel.

Cette technique de recherche itérative et explicative permet de générer de nouvelles connaissances, à la fois émiques et éthiques, sur les thèmes étudiés.

Le choix de la méthode repose entièrement sur la question de recherche : le vécu des soignants des EHPAD, afin d'en dégager leurs attentes sur l'usage de la téléconsultation dans leurs établissements, sans a priori théorique. Elles ne correspondent pas à des variables mesurables ni quantifiables. La recherche qualitative, dans sa quête de la compréhension d'un phénomène social dans une population donnée par le biais d'une démarche inductive, correspondait parfaitement à cette recherche en santé.

L'aspect phénoménologique identifie les éléments essentiels de l'expérience et les met en relation pour construire une compréhension globale du phénomène étudié.

Pour recueillir l'expérience ressentie et comprise par les professionnels de santé des EHPAD ayant participé à l'essai GERONTACCESS, nous avons cherché à constituer un échantillonnage ciblé et homogène de ces professionnels.

Nous avons mené des focus groupes à partir d'un guide d'entretien semi-dirigé non rigide permettant de considérer le participant comme un univers singulier à explorer jusqu'à atteindre la suffisance.

Un focus groupe favorise l'expression des différents points de vue des participants. Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe guidée par un modérateur. La discussion reste libre mais focalisée sur le sujet étudié.

Par ailleurs, ce type d'étude ne nécessite pas de randomisation de l'échantillon puisque chaque vécu est intéressant et n'a donc pas vocation à être généralisable. En revanche, nous avons porté une attention particulière à ce que l'échantillon soit le plus diversifié possible.

Nous avons également réalisé un entretien individuel pour un participant qui ne pouvait rejoindre aucun des groupes.

## **II.2. Population Etudiée**

La population étudiée est initialement issue des professionnels de santé des 9 EHPAD ayant participé à l'étude GERONTACCESS (4 EHPAD intervention et 5 EHPAD contrôle). Le territoire géographique concerné était le Pôle d'Excellence Rurale Vallée de la Gorre, au sud-ouest du département de la Haute Vienne (87), en région Nouvelle-Aquitaine (Figure n°11). (55)

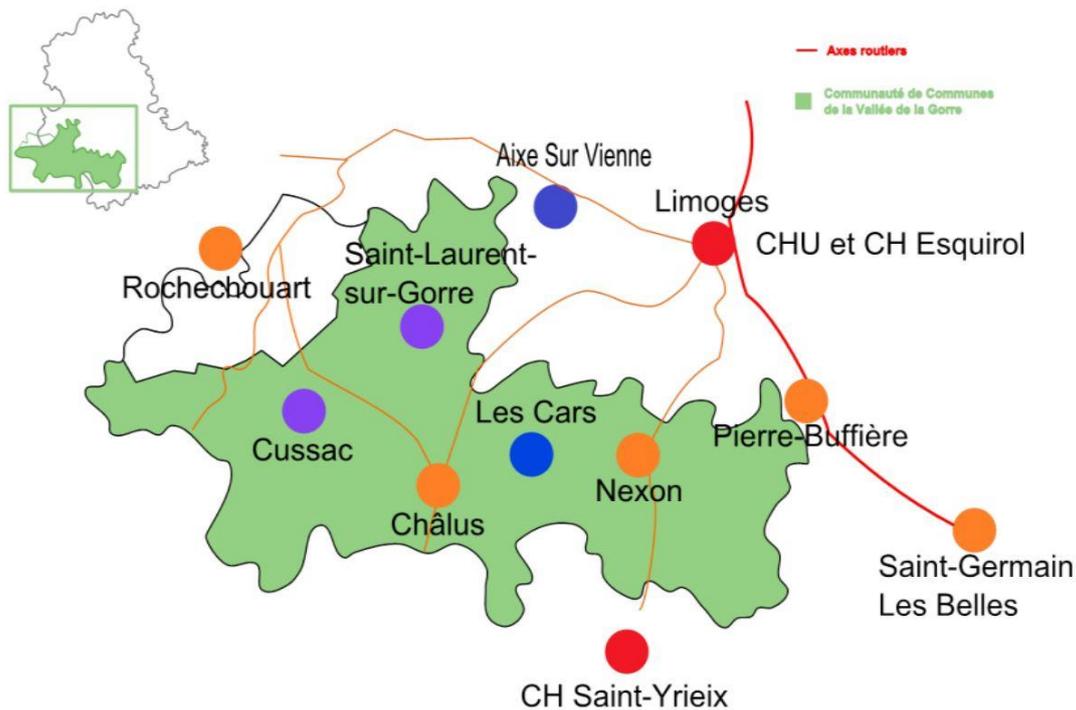


Figure 11 : Territoire d'Evaluation de GERONTACCESS : sud-ouest de la Haute-Vienne

Source : Mme Caroline GAYOT, Thèse de Doctorat (55)

Les participants ont été recrutés entre août 2021 et février 2024 selon les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion :

- Hommes et femmes volontaires, sans limite d'âge, exerçant une activité professionnelle en EHPAD du territoire géographique du Pôle d'Excellence Rurale Vallée de la Gorre.
- Appartenant à l'une des catégories professionnelles suivantes : Médecin, Cadre, infirmier(e) de coordination (IDEC), infirmier(e) diplômé d'Etat (IDE), qualicien.
- Zone géographique : Haute-Vienne.
- Ayant participé ou non à l'étude GERONTACCESS.

Critères d'exclusion :

- Hommes et femmes n'exerçant aucune activité professionnelle en EHPAD.
- Toutes catégories professionnelles ne correspondant pas aux critères d'inclusion.
- Refus de participation.

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat. A noter que le recrutement a été réellement significatif entre août 2023 et février 2024.

Une première phase de recrutement a été réalisée à partir d'août 2021. Une liste des EHPAD de la Haute-Vienne a été établie à partir des sources publiques (annuaires, administrations,

collectivités, etc.). Une liste comportant quarante-deux établissements est obtenue, sans distinction public/privé/associatif.

Parmi eux, vingt-huit EHPAD ont été contactés par téléphone, regroupés en trois groupes : nord, est et sud-ouest de la Haute-Vienne. Il y avait des EHPAD ayant participé à GERONTACCESS mais aussi des établissements qui n'avaient pas participé. L'appel téléphonique se faisait au standard de l'établissement et il était rare de pouvoir échanger avec un professionnel de santé (médecin, cadre, IDEC ou IDE) pour diverses raisons (professionnel de santé non disponible, absent du site, en congés, etc.). Indépendamment de l'interlocuteur, le sujet du travail de thèse était exposé en quelques mots à l'aide d'un argumentaire d'accroche travaillé en amont avec la directrice de thèse. Le sujet exact de la thèse n'était volontairement pas mentionné, afin d'éviter que les participants « préparent » les réponses ou que cela influence leur participation ou non.

Cela a été suivi de l'envoi de vingt-trois mails (les adresses mails étaient obtenues lors de l'appel téléphonique au standard) composés d'un argumentaire d'accroche et d'un flyer personnalisé à l'établissement contacté (annexe 1 et 2).

Sur les vingt-huit établissements, nous avons eu une réponse positive, deux refus et pour les vingt-cinq autres, nous n'avons obtenu aucune réponse (positive ou négative). Une relance par mail n'a pas augmenté le taux de réponses.

En 2022, nous avons envisagé l'envoi d'un courrier postal aux établissements avec cosignature des Pr DUMOITIER (directrice de thèse) & Pr TCHALLA (chef de service du pôle de gériatrie du CHU de Limoges) afin d'augmenter la mobilisation des professionnels des EHPAD, mais finalement cette démarche n'a pas été réalisée.

En 2023, devant la difficulté à recruter dans les EHPAD, nous avons décidé de changer le mode de recrutement avec un ciblage davantage individuel.

Ainsi, nous avons récupéré les coordonnées (nom, prénom, numéro de téléphone et adresse mail) des correspondants (directeur, médecin coordonnateur, cadre, IDEC, référent télé-médecine) des EHPAD participants à l'étude GERONTACCESS qui étaient en poste à cette époque, auprès de l'investigatrice de cette dernière.

Une nouvelle phase de recrutement a ainsi débuté, ciblée uniquement sur les 9 EHPAD (contrôle ou intervention) ayant participé à l'étude GERONTACCESS.

La prise de contact, systématiquement par téléphone dans un premier temps, était ciblée sur des professionnels de santé spécifiques pour les inviter à participer à cette recherche. Des relances ciblées téléphoniques ou par mail pouvaient intervenir par la suite, ne dépassant pas deux fois afin de ne pas faire naître un sentiment de harcèlement chez les prospects (annexe 3).

Le changement des personnels à tous les niveaux (direction ou soignants) nous a obligés à élargir aux professionnels de santé en poste dans ces établissements lors de cette nouvelle phase de recrutement. Moins de 40 % des personnels en poste lors de l'étude GERONTACCESS étaient encore dans les établissements en 2023, avec des variations importantes selon les établissements.

L'approche de l'analyse qualitative basée sur l'aspect phénoménologique étant fondée sur un échantillonnage théorique, les soignants ont été recrutés avant chaque entretien de groupe.

Le nombre d'entretiens à réaliser a été déterminé théoriquement, par le principe de « suffisance des données ». Cette suffisance est atteinte lorsque la grille d'analyse des focus groupes ne révèle plus de nouveaux thèmes.

Dans le cadre de cette étude, la suffisance des données a été atteinte après la réalisation de deux séances d'entretiens collectifs semi-dirigés (focus groupes) et d'un entretien individuel semi-dirigé, auxquelles ont participé au total douze professionnels de santé.

Un treizième participant avait été recruté mais il n'a jamais pu se rendre disponible aux dates des entretiens de groupe ni pour un entretien individuel malgré plusieurs sollicitations.

De façon naturelle, les groupes se sont constitués de manière hétérogène en fonction des disponibilités de chacun.

### **II.3. Recueil des Données**

Le recueil des données a eu lieu lors de deux sessions d'entretiens de groupes semi-dirigés et d'un entretien individuel semi-dirigé. Ces sessions étaient chacune composées de trois à huit participants, sauf pour l'entretien individuel.

A noter que l'entretien individuel fait suite à l'oubli du participant concerné, initialement prévu pour un des entretiens de groupe.

Les entretiens ont été animés par une modératrice de session (en la personne de Mme la directrice de cette thèse) qui a guidé les discussions en suivant un guide d'entretien composé d'une question « brise-glace » et de quatre questions ouvertes, courtes et claires : (annexe 4)

1. Pour vos résidents, à quels spécialistes d'organe avez-vous recours ?
2. Quelles difficultés rencontrez-vous lors des demandes de consultations externes ?
3. Comment décririez-vous la Téléconsultation ?
4. Quels sont pour vous les avantages de la Téléconsultation dans les EHPAD ?
5. Quels sont pour vous les inconvénients de la Téléconsultation dans les EHPAD ?

Il appartenait également à la modératrice de recentrer les propos autour du thème si nécessaire et de relancer la discussion si besoin.

Les questions ouvertes permettent de favoriser les échanges et les interactions. La première d'entre elles est dite « brise-glace » car elle permet de lancer la discussion. Les suivantes sont des relances permettant d'aboutir aux réponses à notre question de recherche.

Au fur et à mesure des focus groupes, les questions n'ont pas nécessité d'être modifiées ou reformulées.

Ce guide d'entretien fut réalisé par l'investigateur principal en collaboration avec la directrice de cette thèse, qui était aussi l'animatrice des entretiens de groupe. Afin d'évaluer la pertinence des questions, une relecture par un comité d'experts en thèse qualitative de la faculté est effectuée avant la réalisation du premier focus group.

Question n°1 : Pour vos résidents, à quels spécialistes d'organe avez-vous recours ? (« Brise-glace »)

Elle permettait d'introduire le sujet et d'établir un premier contact avec les participants.

Question n°2 : Quelles difficultés rencontrez-vous lors des demandes de consultations externes ?

Elle avait pour objectif d'identifier les principales problématiques pour obtenir des consultations externes en EHPAD (les obstacles liés à l'organisation des soins externes pour les résidents).

Les axes de relance sont les difficultés liées au patient et au médecin concernant le délai, l'éloignement ou la disponibilité.

Question n°3 : Comment décririez-vous la Téléconsultation ?

Elle réorientait vers le thème de la recherche en interrogeant sur la vision globale et la compréhension de cet outil. Les axes de relance concernent les modalités, le matériel ou les objectifs.

Question n°4 : Quels sont pour vous les avantages de la Téléconsultation dans les EHPAD ?

Question n°5 : Quels sont pour vous les inconvénients de la Téléconsultation dans les EHPAD ?

Les questions n°4 et n°5 avaient pour but de répondre clairement à l'objectif de l'étude. La première devait permettre d'identifier les aspects positifs et la seconde, de façon opposée, les aspects négatifs.

Le chercheur principal de cette étude était également présent lors des entretiens de groupe en tant qu'observateur et animateur de l'entretien individuel. Son intervention s'est voulue minimale pour assurer le respect des silences et l'expression des opinions de chaque participant, un exercice complexe, en complément de la modératrice de session. Il restait aussi attentif aux interactions non verbales.

L'entretien individuel s'étant déroulé chronologiquement après les deux entretiens de groupe, l'investigateur principal s'est basé sur l'expérience des deux entretiens de groupe pour animer l'entretien individuel, sans autre formation spécifique.

A noter la présence de deux observateurs extérieurs lors du second entretien de groupe, sans intervention de leur part (l'investigatrice de l'essai GERONTACCESS et un autre thésard).

La fluidité des échanges par l'intermédiaire d'une écoute active a créé un dialogue riche et détendu.

Les participants s'installaient aléatoirement autour des tables disposées de façon circulaire afin de faciliter les échanges visuels et la parole. La modératrice et le chercheur principal étaient eux à deux extrémités opposées.

Chaque entretien a débuté par une présentation synthétique permettant d'amener le sujet, de recueillir les consentements éclairés et de rappeler le caractère non rigide de la discussion. Le but était de créer un environnement propice à l'échange.

Après accord des participants, toutes les données verbales ont été enregistrées sur le dictaphone Sony® et le téléphone portable du chercheur principal via une application dédiée. Un troisième enregistreur était utilisé, soit un second dictaphone Sony®, soit un second téléphone portable du chercheur afin d'assurer une sauvegarde fiable. Tandis que les données non verbales ont été transcrites directement sur document Microsoft Word® lors des entretiens collectifs. En raison des contraintes liées à l'enregistrement, les éléments non verbaux n'ont pas pu être recueillis lors de l'entretien individuel.

A la fin de chaque focus groupe, une transcription complète mot à mot (littérale et exhaustive) de ces données a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Word®, de manière la plus fidèle possible, sans reformulation. Elle a été enrichie avec les données non verbales dans la mesure du possible. Les enregistrements étaient de qualité suffisante sans difficulté de compréhension. Il n'a pas été proposé de relecture du verbatim avec les participants. L'investigateur n'ayant reçu aucune demande en ce sens.

L'heure et le lieu de chaque focus groupe étaient fixés après le recrutement des participants afin d'essayer de convenir à l'emploi du temps de tous. Le lieu choisi, calme et neutre, essayait d'équilibrer raisonnablement les distances à parcourir pour tous les participants. A noter que deux participants sont venus d'un autre département, ayant déménagé depuis leur départ d'une des 9 EHPAD ciblées.

Les deux focus groupes ont été réalisés dans des endroits différents, en milieu rural. Le premier s'est déroulé le 21 novembre 2023 à la salle polyvalente de la mairie de Pageas en Haute-Vienne. Le deuxième a eu lieu le 13 février 2024, également en Haute-Vienne, dans la salle polyvalente de la mairie de Saint-Jean-Ligoure. Ces salles étaient mises à disposition gracieusement par leurs propriétaires.

A noter que l'entretien individuel a été réalisé par téléphone le 22 février 2024, en l'absence de possibilité technique par visioconférence pour la participante.

Les séances ont été réalisées en fin de journée, à partir de 17h30-17h45. Il était mis à disposition des participants quelques éléments à grignoter en libre accès. Chaque soirée s'est déroulée de manière identique.

Enfin, une fiche de recueil a été élaborée pour connaître les caractéristiques des participants : genre, âge, profession, durée d'exercice dans la profession, durée d'exercice dans la structure, lieu d'exercice, type d'exercice, nombre moyen de résidents dans la structure (annexe 5). Le tableau 1 présente les variables sociodémographiques de notre recherche.

Tableau 1 : Variables des données sociodémographiques

<b>Genre</b>	Féminin	Masculin			
<b>Âge</b>	< 50	50-58	> 58		
<b>Profession</b>	Médecin (coordonnateur ou traitant)	Cadre de santé	IDEc	IDE	Autre
<b>Durée d'exercice dans la profession (années)</b>	≤ 10	11-24	≥ 25		
<b>Durée d'exercice dans la structure (années)</b>	≤ 2	3-9	≥ 10		
<b>Lieu d'exercice</b>	Urbain	Rural			
<b>Type d'exercice*</b>	GA+ / TC+ *	GA+ / TC- *	GA- / TC+ *	GA- / TC- *	
<b>Nbr moyen de résidents</b>	< 80	80-150	> 150		

\* : GA = GERONTACCESS et TC = Téléconsultation

Ce questionnaire, distribué en début de focus groupe, respectait l'anonymisation. Pour l'entretien individuel, l'échange de la fiche de recueil s'est fait par mail.

#### II.4. L'analyse des Données

La retranscription écrite des entretiens a constitué un verbatim permettant de se familiariser avec les données et de les contextualiser.

Par souci de clarté, l'ensemble des retranscriptions n'a pas été intégré à cette thèse. Mais à titre d'exemple, un extrait de verbatim a été annexé (annexe 6).

Tout d'abord, l'investigateur se familiarise avec le texte grâce à une lecture répétée du verbatim.

Par la suite, l'analyse des données a été réalisée numériquement grâce au logiciel NVivo® (version 14), solution de codage faisant référence pour les analyses qualitatives. Selon un principe itératif permettant la réalisation de trois niveaux de codage : descriptif, thématique et matriciel, avec triangulation sur une partie des données avec la directrice de cette thèse.

La première étape fut l'analyse descriptive ouverte puis axiale de chaque entretien pris individuellement en considérant le participant comme un univers singulier à explorer en profondeur. Chaque nouvelle idée générant un code. Le logiciel rattachait alors au code l'extrait

de verbatim sélectionné et son auteur. Si une idée était citée plusieurs fois, elle était associée au même code. L'ensemble des intitulés des codes descriptifs permettait d'extraire toutes les idées évoquées par les participants en lien avec le sujet de recherche. La triangulation et la répétition en boucle à quatre reprises ont permis d'affiner l'analyse et de redéfinir certains codes.

Un exemple du codage descriptif est présenté en annexe 7.

Lorsque l'analyse du verbatim n'identifie plus de nouvelle idée, la suffisance des données est atteinte et le recueil des données est terminé.

Une fois finalisée, l'analyse intégrative a eu pour objectif de regrouper les codes descriptifs sous forme de thèmes dans une démarche inductive et interprétative.

Enfin, le codage matriciel consiste à croiser les données qualitatives avec les caractéristiques sociodémographiques des participants afin d'identifier d'éventuelles typologies de répondants.

## **II.5. Aspects Ethiques & Réglementaires**

L'agrément de thèse a été validé en mai 2021 par la Commission de la faculté, à la suite d'un processus de réflexion autour du fondement scientifique de sa réalisation (annexe 8)

Cette étude qualitative ne portant pas sur la personne humaine et hors loi Jardé, seul l'accord du Comité d'éthique du CHU de Limoges a été sollicité (numéro d'avis 73-2023-11, délivré le 14 décembre 2023) afin de ne pas exclure la possibilité d'une publication ultérieure (annexe 9).

Les consentements oraux des participants ont été recueillis au début de chaque séance d'entretien collectif et de l'entretien individuel.

Les données recueillies ont ensuite été anonymisées et identifiées par ordre numérique en fonction de la chronologie des entretiens et de l'ordre de la première intervention. Ainsi, le premier sujet prenant la parole dans les focus groupes est dénommé « Participant n°01 » et le dernier « Participant n°12 ». Quant à la modératrice de la session, elle est dénommée « Animatrice ».

Le chercheur principal de cette étude s'est engagé auprès des participants à un usage strictement confidentiel des données recueillies et ayant pour unique but les travaux de cette recherche.

Il s'est aussi proposé de communiquer ses travaux aux participants après la présentation de ces derniers.

### III. Résultats

#### III.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Les données sociodémographiques de chaque participant sont détaillées dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Population d'étude

Participant	Genre	Age	Profession*	Durée dans la profession	Durée dans la structure	Lieu d'exercice	Type d'exercice*	Nombre moyen résidents
N°01	M	50-58	MC + MT	11-24	3-9	Rural	GA- / TC+	> 150
N°02	F	< 50	IDE	≤ 10	3-9	Rural	GA+ / TC+	> 150
N°03	F	50-58	Cadre	≤ 10	≤ 2	Rural	GA- / TC+	> 150
N°04	F	50-58	MC	≥ 25	3-9	Rural	GA- / TC+	> 150
N°05	M	> 58	MC	≥ 25	≤ 2	Rural	GA+ / TC+	< 80
N°06	M	< 50	Qualiticien	≤ 10	≤ 2	Rural	GA+ / TC+	< 80
N°07	F	> 58	Cadre	11-24	≤ 2	Rural	GA+ / TC-	< 80
N°08	F	< 50	IDEc	≤ 10	≥ 10	Rural	GA+ / TC+	80-150
N°09	M	50-58	Cadre	11-24	3-9	Rural	GA+ / TC+	80-150
N°10	F	< 50	IDEc	≤ 10	≥ 10	Rural	GA+ / TC+	< 80
N°11	F	< 50	IDEc	11-24	≤ 2	Rural	GA- / TC+	80-150
N°12	F	50-58	IDEc	≥ 25	≥ 10	Rural	GA+ / TC-	< 80

\* : MC = médecin coordonnateur / MT = médecin traitant / GA = GERONTACCESS / TC = Téléconsultation

Au total, douze professionnels de santé ont participé à l'étude avec une prédominance féminine. Le sex-ratio est de deux femmes pour un homme.

Les âges s'échelonnent de 23 à 69 ans avec un âge moyen de 46,58 ans et un âge médian de 51 ans. Un peu plus de 41 % de la population avait moins de 50 ans, le pourcentage est identique pour les participants âgés entre 50 et 58 ans. Les individus de plus de 58 ans ne représentent qu'environ 16 % de la population.

Parmi les professions représentées, on retrouve un équilibre global avec trois médecins, trois cadres de santé, quatre IDEc, une IDE et un qualiticien. Les paramédicaux sont donc majoritaires dans l'échantillon par rapport à l'effectif médical.

Concernant la durée d'exercice dans la profession, 42 % exercent depuis 10 ans ou moins (durée pouvant être considérée comme courte), 33 % depuis 11 à 24 ans (durée pouvant être considérée comme moyenne) et 25 % depuis 25 ans ou plus (durée pouvant être considérée comme longue). La durée moyenne est de 16,7 ans, et la durée médiane est de 16,5 ans.

Pour la durée d'exercice dans la structure, 42 % exercent depuis 2 ans ou moins (durée pouvant être considérée comme courte), 33 % depuis 3 à 9 ans (durée pouvant être considérée comme moyenne) et 25 % depuis 10 ans ou plus (durée pouvant être considérée comme longue). Il y a donc une certaine corrélation entre la durée dans la profession et la durée dans la structure. La durée moyenne est de 5,3 ans, et la durée médiane est de 2,75 ans.

Les participants exercent tous en milieu rural. Cette caractéristique est donc non discriminante. Concernant les EHPAD ayant participé à GERONTACCESS, 67 % des participants ont indiqué que leur EHPAD avait participé à l'étude GERONTACCESS. En effet, il était demandé aux participants si leur EHPAD avait participé à GERONTACCESS mais il n'était pas obligatoire que le répondeur ait personnellement participé.

De même, 83 % des participants ont leur EHPAD qui utilisent des outils de téléconsultation. On note qu'aucun participant n'est issu d'un EHPAD qui n'a pas participé à GERONTACCESS et qui n'utilise pas d'outils de téléconsultation (GA- / TC-).

Enfin, 42 % de la population exerce au sein d'un « petit » EHPAD (< 80 résidents), 33 % dans un « grand » EHPAD (> 150 résidents) et 25 % dans un EHPAD « moyen » (80-150 résidents). Le nombre moyen de résidents est de 120, tandis que le nombre médian de résidents est de 81.

### **III.2. Résultats du codage descriptif**

Le recueil des données, avec la réalisation des deux entretiens de groupe et d'un entretien individuel, se répartit ainsi.

Le premier entretien de groupe a produit un enregistrement audio de 2h14min35sec. Le second entretien de groupe a duré de 1h37min49sec. L'entretien individuel, quant à lui, dure 13min26sec.

La durée totale des entretiens est donc de 4h05min50sec.

Dans cette étude, un total de 125 codes a été identifié (annexe 10), témoignant de la richesse et de la complexité des données recueillies. Chaque code véhiculait une idée spécifique.

Le nombre était même de 140 codes avant la réduction de ces derniers par affinage.

Le nombre de références est, quant à lui, de 14 152.

### **III.3. Résultats du codage thématique**

L'objectif premier de cette étude est de décrire les freins et les attentes des soignants vis-à-vis de l'usage des outils de téléconsultation pour les patients dans les EHPAD en Haute-Vienne.

Après triangulation des données, 125 idées ont été identifiées et codées. Nous les avons regroupées en six grands thèmes.

Par conséquent, six catégories conceptuelles ont été mises en évidence afin de répondre à la question de recherche (annexe 11).

Ainsi, les soignants nous ont d'abord décrit les **raisons** qui les poussent à **recourir à des soins spécialisés** pour leurs résidents et leurs besoins spécifiques en EHPAD. Ils ont également évoqué l'**accessibilité** à ces soins en EHPAD.

Ensuite, ils ont précisé **la définition, le fonctionnement de la téléconsultation et ses modalités**.

Pour compléter cette analyse, ils ont **témoigné** de leur **expérience vécue** des téléconsultations, et de leurs **ressentis**.

Cela leur a permis d'identifier les **avantages** de la téléconsultation. Puis, ils ont également exploré les **limites** et les **inconvenients** de cette pratique en EHPAD.

Enfin, ils ont partagé leur vision future de la téléconsultation en identifiant leurs **attentes** et les **évolutions** possibles de cette pratique pour l'avenir.

### III.3.1. Accès et Besoins aux soins spécialisés -- Motifs des recours

Il s'agit du thème comportant le plus grand nombre de codes (57). Nous listerons d'abord les **professionnels sollicités**. Puis, nous évoquerons les **difficultés d'accès** à ces professionnels en identifiant les **causes** ainsi que les **conséquences**. Avant de terminer par les **motifs** de consultation de ces soins spécialisés.

Ces éléments permettront de présenter le contexte général avant d'aborder plus spécifiquement la mise en place de la téléconsultation.

#### III.3.1.1. Les soins demandés

##### III.3.1.1.1. Les plus fréquents

De nombreux spécialistes sont cités comme un recours en EHPAD, en voici la liste avec les plus cités en premier. Cette diversité des spécialités témoigne de la nécessité d'une prise en charge globale et adaptée des résidents.

« Le cardiologue » (participant n°1) (cité par 11 participants)

« Les ophtalmologues » (participant n°10) (cité par 11 participants)

« La dermatologie » (participant n°5) (cité par 10 participants)

« Les dentistes » (participant n°8) (cité par 10 participants)

« Les infectiologues » (participant n°1) (cité par 10 participants)

« Les psychiatres » (participant n°2) (cité par 9 participants)

« La pneumologie » (participant n°7) (cité par 9 participants)

« Plaie et cicatrisation » (participant n°4) (cité par 9 participants)

« Les soins palliatifs » (participant n°3) (cité par 7 participants)

« Les médecins qui ont des expertises à part » (participant n°1) (cité par 7 participants)

« Le neurologue » (participant n°9) (cité par 7 participants)

« La radiologie » (participant n°9) (cité par 7 participants)

« Les urgences » (participant n°1) (cité par 7 participants)

« Les médecins spécialisés un peu plus dans le handicap » (participant n°1) (cité par 7 participants)

« Les orthopédistes » (participant n°5) (cité par 6 participants)

« Les psychogériatres » (participant n°7) (cité par 6 participants)

« Les transports » (participant n°4) (cité par 6 participants)

#### **III.3.1.1.2. Les autres spécialistes**

Pour compléter cette liste, d'autres spécialistes, moins cités, peuvent correspondre à une population plus spécifique.

« La gastro-entérologie » (participant n°5)

« [...] le service des hygiénistes de l'hôpital » (participant n°1)

« Les hématologues » (participant n°3)

« Les oncologues » (participant n°11)

« Les gynécologues » (participant n°11)

« Les urologues » (participant n°7)

« Les médecins de l'ARS [...], les spécialistes de santé publique » (participant n°1)

« Les gériatres » (participant n°5)

« Les néphrologues » (participant n°1)

« Le diabétologue » (participant n°11)

« Les médecins d'HAD aussi » (participant n°1)

« Une sage-femme » (participant n°11)

Cependant, l'hétérogénéité de la population peut finalement nécessiter l'intervention de tous les spécialistes.

« On devrait dire toutes les spécialistes auxquels la population a besoin en fait. On aurait ce besoin-là [...] » (participant n°9)

#### **III.3.1.1.3. Les équipes mobiles**

Pour compléter cette prise en charge globale, les équipes mobiles de certains services sont aussi sollicités.

« On a des équipes mobiles de Psychiatrie qui interviennent : Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé (EMPSA) » (participant n°1) (cité par 7 participants)

« L'équipe mobile de soins palliatifs [...] » (participant n°5) (cité par 3 participants)

#### **III.3.1.1.4. Les paramédicaux**

Les paramédicaux peuvent également intervenir auprès de cette population. (Cité par 7 participants)

« Les kinésithérapeutes » (participant n°6)

« Les orthophonistes » (participant n°6)

« Des optométristes » (participant n°10)

### **III.3.1.2. Les difficultés d'accès**

Ces soins spécialisés, nécessaires pour la population des EHPAD, ne sont pas pour autant toujours facilement accessibles pour de multiples raisons, et cela n'est pas sans conséquences.

#### **III.3.1.2.1. Les causes**

Les facteurs de causalité identifiées peuvent être multiples, liés au patient, à l'accessibilité géographique, au professionnel de santé ou encore à l'entourage familial.

##### **III.3.1.2.1.1. Le patient**

Des pathologies comme les troubles neurocognitifs peuvent rendre l'accès aux soins spécialisés plus complexe, notamment en raison du besoin d'un accompagnement ou de la difficulté à établir une communication efficace avec le spécialiste. (Cité par 6 participants)

« Des gens qui ont des troubles cognitifs et qui ne peuvent pas se rendre seuls à la consultation » (participant n°4)

Plus globalement, la présence de maladies chroniques ou complexes constitue un facteur aggravant à cette accessibilité chez ces patients souvent plus vulnérables. (Cité par 3 participants)

« [...] pour des personnes qui sont en grande fragilité, polypathologiques, qu'on laisse » (participant n°7)

« Maintenant s'ils rentrent en EHPAD c'est soit ils sont grabataires donc il faut une ambulance ou au moins un TPMR pour mettre le fauteuil, soit qu'ils ont des troubles cognitifs » (participant n°11)

L'âge est aussi cité parmi les facteurs qui peuvent complexifier l'accès aux soins, pouvant être le signe d'une fragilité accrue des personnes et de besoins spécifiques. (Cité par 4 participants)

« Déjà à partir de 80 ans on commence à vous mettre un stop [...] c'est la réalité du terrain » (participant n°2)

Un autre élément lié au patient est sa situation financière qui peut l'empêcher de couvrir ses frais de soins. (Cité par 2 participants)

« [...] ou des résidents qui ne peuvent pas payer. Et du coup, là ça pose quand même une grosse problématique. » (participant n°8)

« [...] Mais il faut faire attention à ce que les résidents aient des couvertures sinon cela restreint dans l'accès aux soins [...] Et il y a des personnes qui refusent des consultations par manque de moyen financier » (participant n°7)

#### **III.3.1.2.1.2. L'accessibilité et le transport**

Les difficultés liées au transport sont de plus en plus fréquentes, ce qui peut restreindre l'accessibilité, empêchant la consultation de se dérouler correctement ou, pire, de ne pas avoir de consultation. (Cité par 9 participants)

« Les Ambulances [...] on a un très gros souci, ils ne veulent pas se déplacer » (participant n°1)

« Il y a des consultations où le transport n'est pas remboursé notamment pour le Dentiste par exemple » (participant n°8)

« On a été planté par les ambulanciers qui avaient mieux à faire que d'amener un résident chez le dentiste » (participant n°11)

Les lieux de consultation ne sont pas tous accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR), ce qui constitue une difficulté supplémentaire. (Cité par 3 participants)

« Il faut qu'il puisse monter sur le fauteuil dentaire » (participant n°11)

« Comme le brancard ne rentre pas, les fauteuils c'est super compliqué et donc ce n'est pas possible » (participant n°9)

L'absence d'un accompagnant, qu'il soit familial ou professionnel, constitue un nouvel obstacle pour certains patients. (Cité par 7 participants)

« On n'a pas la possibilité sur les sites d'accompagner les résidents en consultation » (participant n°4)

« Des fois il faut que l'ambulance puisse rester avec eux » (participant n°11)

« [...] ils vous disent « ah mais nous on n'a pas le temps d'attendre mais il faut que vous mettiez quelqu'un pour l'accompagner » » (participant n°11)

#### **III.3.1.2.1.3. Le médecin répondeur**

L'absence ou l'inadéquation de la prise en charge que propose le médecin consulté peut constituer un obstacle à l'accès aux soins. (Cité par 7 participants)

« On se retrouvait face à un mur, on appelait le Psychiatre mais personne ne venait, c'était compliqué ça aussi » (participant n°2)

« [...] ils acceptent de les voir une fois et si la consultation est compliquée ils ne veulent plus les suivre » (participant n°10)

« Aucun Dentiste ne prend un nouveau patient et encore moins en EHPAD » (participant n°4)

#### **III.3.1.2.1.4. Le médecin demandeur**

A contrario, avec le temps, l'érosion des réseaux du professionnel demandeur peut aussi être une source des difficultés. (Cité par 4 participants)

*« On ne renouvelle pas les réseaux, les collègues d'étude sur les promotions »  
(participant n°1)*

Pour certains professionnels de santé, il peut être difficile d'accepter l'intervention d'un collègue, entraînant aussi une limite d'accès aux soins spécialisés. (Cité par 2 participants)

*« Le médecin traitant n'est pas forcément favorable à une expertise ou qui est en difficulté et à accepter l'intervention d'un confrère aussi dans le dossier [...] c'est très compliqué »  
(participant n°3)*

#### **III.3.1.2.1.5. La famille**

L'évolution de la société, notamment le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, complexifie le rôle de la famille en tant qu'aidant, rendant parfois impossible l'accompagnement des patients lors des consultations. (Cité par 4 participants)

*« Le fait que des personnes qui n'ont pas de famille ou ayant de la famille âgée. On a des centenaires et des enfants qui ont 80, 85 ans » (participant n°7)*

*« On a encore une population qui travaille, des gens qui vivent de plus en plus loin »  
(participant n°10)*

#### **III.3.1.2.2. Les conséquences**

Après avoir identifié les obstacles évoqués par les participants quant à l'accès aux soins spécialisés, nous allons examiner les conséquences de ces difficultés, tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

##### **III.3.1.2.2.1. Pour le patient**

Les conséquences pour le patient sont malheureusement multiples. Tout d'abord, elles peuvent entraîner le passage dans un service d'urgences avec les conséquences délétères que cela peut avoir. (Cité par 8 participants)

*« Si vous ne me donnez pas un rendez-vous dans un délai correct, j'envoie aux Urgences mais je marque dans mon courrier dans ces cas-là » (participant n°1)*

*« Ils reviennent ils sont dans un état, limite de déshydratation et de confusion »  
(participant n°7)*

*« Parce qu'est ce qui se passe, ils sont contentionnés, des contentions physiques ou chimiques. La réalité c'est cela » (participant n°11)*

L'état général du patient peut aussi se dégrader, notamment en cas de retard dans la prise en charge. (Cité par 9 participants)

*« Une Pemphigoïde bulleuse, avec des lésions qui flambaient ingérables, on nous propose des rendez-vous 1 mois et demi, 2 mois après. C'est non entendable [...] » (participant n°1)*

*« [...] ce sont des retards de prise en charge et surtout ce n'est pas une prise en charge complète » (participant n°10)*

« Les ambulanciers ont déposé la patiente dans un fauteuil, puis retour 1h30 après, qui a déambulé dans tous les couloirs pendant 1h15, patiente retrouvée à l'accueil près des portes » (participant n°7)

L'éloignement géographique des spécialistes peut obliger les patients à effectuer de longs trajets, parfois éprouvants, notamment pour les personnes fragiles. (Cité par 6 participants)

« Il y en a ça rend malade le trajet. Nous Limoges déjà c'est 45 – 50 minutes pour y aller [...] on est parti plus loin [...] ils lui ont annoncé un transport de 2 heures » (participant n°10)

### **III.3.1.2.2. Pour le soignant**

Dans sa mission de proposer des soins de qualité et adaptés à ses résidents, la difficulté d'accès aux spécialistes n'est pas sans conséquence pour le soignant. La perte d'un temps précieux en est déjà une, autant pour prendre le rendez-vous que pour organiser le transport. (Cité par 8 participants)

« On laisse le haut-parleur, 25 minutes, 45 minutes, 1 heure d'attente » (participant n°7)

« Les délais pour négocier avec le médecin traitant qui n'est pas forcément favorable [...] c'est très compliqué » (participant n°4)

« [...] les consultations qui sont demandées par le médecin par téléphone et après il faut avoir les bons de transport qu'on n'arrive jamais à avoir » (participant n°9)

Dans un contexte de soins contraints, l'accompagnement des patients génère une consommation de temps non négligeable pour les professionnels de santé, au détriment inévitablement d'autres tâches. (Cité par 4 participants)

« Passer 3h en salle d'attente, quand vous savez le travail qui vous attend de l'autre côté pour 5 minutes de rendez-vous » (participant n°11)

« [...] ça enlève des bras dans le service, donc on priorise des réponses aux sonnettes » (participant n°4)

Ces difficultés peuvent également engendrer des démarches inadaptées chez certaines personnes. (Cité par 5 participants)

« On a du même se fâcher avec certains spécialistes qui refusaient des accompagnements parce que ce n'étaient pas des membres de la famille » (participant n°7)

« On se fait engueuler parce qu'on n'a pas anticipé que le brancard de l'ambulance ne rentre pas ou que la personne n'allait pas pouvoir s'allonger sur le fauteuil dentaire » (participant n°11)

Ce qui peut, dans certains cas, mener à des comportements déviants chez les soignants, tels que l'agressivité ou le manque d'empathie. (Cité par 6 participants)

« Ça énerve tout le monde, on est obligé de raccrocher, on recommence » (participant n°7)

« [...] là il faut faire des messages type « on l'envoie aux Urgences ? mais ça sera un peu de votre faute parce que je ne peux pas faire autrement » [...] être menaçant de temps en temps par mail [...] engageant la responsabilité de l'interlocuteur » (participant n°1)

Ces difficultés peuvent aussi faire naître de la culpabilité et de la frustration chez les soignants. (Cité par 7 participants)

« Il y a toute cette agressivité que l'équipe infirmière réceptionne autant en présentiel/visuel qu'au téléphone [...] Cela va générer de la culpabilité, de la frustration chez les soignants qui vont être confrontés à des demandes des familles et cela a un retentissement énorme notamment au niveau infirmier, qui sont en première ligne » (participant n°7)

« Et l'impact [...] sur la qualité de vie au travail, le stress, les communications, l'agressivité des gens dont beaucoup ne supportent pas d'attendre [...] Et là vous avez des valeurs en fait au niveau du soin, des valeurs humaines, des valeurs du soin et ce n'est pas satisfaisant et toute cette frustration qui est créée chez les soignants » (participant n°4)

Ces difficultés créent un ressentiment chez les soignants, qui peut être négatif, nuisant à leur bien-être professionnel. (Cité par 7 participants)

« Il y a des spécialités où je suis horrifié de voir la difficulté qu'il y a à avoir [...] ce n'est pas normal que ça fonctionne comme cela » (participant n°5)

« On est dans les limites de ce qu'on accepte sur le plan confraternel en faisant un message de temps en temps. Je n'aime pas faire ça mais pas le choix. On a un résident il faut qu'on soigne, on ne peut pas le laisser, Intolérable » (participant n°1)

Face à ces difficultés, les soignants mettent en œuvre des stratégies pour tenter de faire face au quotidien. (Cité par 5 participants)

« [...] en permanence la réflexion c'est, il faut à tout prix qu'on évite l'hospitalisation, sans le recours par les urgences » (participant n°11)

« Ce n'est pas parce que la personne est âgée qu'elle ne doit pas avoir de suivi, ce n'est pas la problématique » (participant n°7)

### **III.3.1.2.2.3. Pour la famille**

Les familles, à l'instar des soignants, peuvent éprouver des frustrations et exprimer leur mécontentement. (Cité par 5 participants)

« Les gens sont plus énervés, ils sont plus aigris » (participant n°7)

« La famille va se tourner vers nous pour des informations et à part répondre « je ne sais pas », on n'a pas de réponse à leur apporter » (participant n°10)

### **III.3.1.2.3. Les rendez-vous**

Les délais d'attente pour obtenir des rendez-vous contribuent également à rendre l'accès aux soins plus difficile. (Cité par 11 participants)

« On a des rendez-vous qui sont décalés dans le temps par rapport à l'urgence du besoin » (participant n°4)

« Des propositions de rendez-vous pour 3 mois, 6 mois » (participant n°5)

« Au niveau des délais c'est scandaleux » (participant n°7)

Quand ce n'est pas l'absence complète de rendez-vous qui est proposée. (Cité par 5 participants)

« Si la personne est déjà suivie et on vous répond que le cardiologue ne prend pas de nouveau patient » (participant n°7)

« [...] on n'a pas de rendez-vous » (participant n°7)

« C'est parfois l'absence carrément, l'absence des spécialistes » (participant n°9)

Une petite lueur d'espoir émerge parfois de ces difficultés grâce à l'intervention du médecin. (Cité par 4 participants)

« Un médecin quand il appelle arrive encore par rapport à une infirmière à avoir un créneau parfois un peu plus tôt » (participant n°8)

Joindre le secrétariat est déjà une première étape qui peut s'avérer ardue. (Cité par 7 participants)

« On a des problèmes d'accès téléphonique » (participant n°1)

« On n'a pas toujours des lignes prioritaires [...] » (participant n°1)

#### **III.3.1.2.4. La communication**

La pression liée aux difficultés d'accès peut dégrader la qualité de la communication entre les professionnels de santé. (Cité par 4 participants)

« [...] ça ne se passe jamais de façon harmonieuse et de façon simple » (participant n°5)

« Il y a zéro compte rendu, ni paramédicaux ni médicaux » (participant n°9)

« J'ai des comptes rendus de l'année dernière dont je n'ai jamais vu la couleur » (participant n°10)

La communication avec la famille peut également s'avérer complexe, notamment concernant les rendez-vous. (Cité par 3 participants)

« La famille qui ne nous donne pas le bon lieu du rendez-vous » (participant n°9)

« Maintenant ils confirment les rendez-vous par SMS mais sur le portable de la famille. Des fois la famille reçoit un rendez-vous en disant mais je n'ai pas pris de rendez-vous. Donc ils appellent et ils annulent » (participant n°11)

Les relations entre professionnels ont pu se détériorer, affectant ainsi le sentiment de confraternité. (Cité par 7 participants)

« *Et là on reste scotché alors qu'autre fois le relationnel fonctionnait, on discutait et on trouvait un arrangement* » (participant n°4)

« *On peut appeler, on se fait gentiment, poliment mettre sur le côté* » (participant n°1)

« *Ce n'est pas facile, le médecin Co, on est toujours sur des fils. Pour réussir à mettre tout le monde...* » (participant n°4)

### **III.3.1.2.5. Le contournement**

Face à ces difficultés d'accès, les professionnels de santé tentent des solutions de contournement. Ils peuvent notamment s'appuyer sur leur réseau professionnel. (Cité par 5 participants)

« *Je ne travaille que par relations* » (participant n°5)

« *J'appelle des gens que je connais* » (participant n°5)

« *Je me débrouille parce que j'ai un gros carnet d'adresse* » (participant n°1)

La mise en place de lignes directes peut contribuer à améliorer l'accessibilité aux services. (Cité par 3 participants)

« *Il y a beaucoup de services, que ça soit à la Polyclinique ou à l'hôpital où il y a un numéro réservé pour les médecins* » (participant n°5)

« *[...] le CHU il y a quand même des services qui ont des systèmes avec des astreintes téléphoniques c'est le cas pour l'Hématologie, la Néphrologie [...]* » (participant n°4)

« *Le carnet d'adresse ou les numéros réservés aux médecins font que les prises en soins sont beaucoup plus rapides* » (participant n°8)

S'appuyer sur les ressources locales constitue une approche complémentaire pour pallier les difficultés d'accès. (Cité par 1 participant)

« *L'importance de créer du lien et d'avoir de bons contacts avec les professionnels de secteur proche* » (participant n°7)

Même si parfois, il faut aller chercher plus loin. (Cité par 1 participant)

« *On peut faire appel à des médecins dans d'autres départements* » (participant n°9)

### **III.3.1.3. Les motifs de recours aux spécialistes**

Une multitude de raisons peut expliquer les besoins des résidents, bien souvent hétérogènes. Cela peut être pour un suivi ou une prise en charge. (Cité par 8 participants)

« *[...] on a des problématiques, beaucoup de pathologies d'hématologie qui nécessitent des suivis en fait avec des transfusions régulières* » (participant n°3)

« On travaille avec quelques spécialistes, ce sont des gens qui nous font des expertises régulièrement sur les mesures de protection » (participant n°2)

« On accueille aussi des trisomiques en établissement pour lesquels il y a des suivis spécifiques surtout au niveau Cardiologique etc » (participant n°7)

Mais aussi pour un dépistage. (Cité par 8 participants)

« Le dépistage » (participant n°4)

« Tout ce qui est préventif, pour préserver l'autonomie, les dents et les yeux effectivement c'est quelque chose de très important en gériatrie » (participant n°4)

Les besoins liés aux pathologies émergentes ou rares sont aussi à prendre en compte. (Cité par 5 participants)

« [...] Beaucoup de pathologies avec de nouveaux vecteurs [...] nos petits moustiques qui arrivent » (participant n°1)

« [...] les BHR qui nous mettent en difficultés [...] on va avoir des choses plus complexes à gérer » (participant n°1)

Cela peut également être motivé par le besoin d'obtenir un avis, simple ou complexe. (Cité par 6 participants)

« [...] on a pris la démarche de prendre conseil » (participant n°1)

« Pour valider certaines mesures, certaines décisions un peu dures. Pas pour se protéger mais pour être sûr qu'on restait dans la légalité » (participant n°1)

« Sur des cas un peu compliqués [...] des staffs avec les spécialistes » (participant n°10)

Les domaines dans lesquels le soignant manque de compétences sont souvent une raison de solliciter l'expertise d'un spécialiste. (Cité par 3 participants)

« On fait surtout ce qu'il nous manque. Comme moi je n'ai pas de formation de gériatre alors j'appelle les Gériatres » (participant n°5)

#### **III.3.1.4. Les situations et les spécialistes qui ne sont pas sollicités**

Lorsque le professionnel de santé est à l'aise dans un domaine, il a tendance à solliciter peu ou pas ses collègues. (Cité par 4 participants)

« Pas la gériatrie car je suis à l'aise dans mes expertises, on a chacun nos expertises » (participant n°1)

« Je ne travaille pas avec les Endocrinologues, ça reste exceptionnel. Parce qu'on gère, on n'a peut-être pas les mêmes exigences qu'en ville » (participant n°7)

En complément, certaines spécialités sont par usage facilement accessibles. (Cité par 8 participants)

« On a d'immenses facilitées à joindre les Psychogéiatres » (participant n°5)

« Les soins palliatifs vous les appelez la veille, ils sont là le lendemain » (participant n°2)

« On était EHPAD Centre Ressource donc on avait des consultations avancées » (participant n°11)

### III.3.2. Description de la Téléconsultation

Après avoir identifié les modalités d'accès aux soins spécialisés pour leurs résidents auprès de nos participants, nous allons décrire leur perception de la téléconsultation. Nous nous intéresserons notamment aux aspects techniques du côté de l'EHPAD, à l'organisation préalable et au déroulement concret des téléconsultations.

#### III.3.2.1. Le matériel

##### III.3.2.1.1. Equipement Fixe

L'équipement technique peut être installé dans une salle dédiée ou dans un espace partagé, selon les établissements. Le prérequis minimal est généralement le même : un ordinateur, un écran, une caméra et un microphone. (Cité par 4 participants)

« Il y a le grand écran, il y a tout ce qu'il faut au niveau technique » (participant n°5)

« On avait trois caméras [...] la caméra 360°, elle a servi pour tout ce qui est la marche [...] et les outils connectés » (participant n°10)

« l'ECG, le Dermatoscope, Oscope, on a tous les scopes possibles » (participant n°4)

Dans les établissements qui le permettent, un environnement dédié est appréciable. (Cité par 6 participants)

« La télémédecine est dans un bureau bien identifié » (participant n°11)

« Ça reste aussi un autre environnement pour le résident, il va vraiment voir le médecin et c'est ce qu'il dit à ses collègues « je vais voir le Docteur » (participant n°10)

Même si une organisation alternative mais satisfaisante reste possible. (Cité par 2 participants)

« On n'a plus besoin comme il y a des années, d'avoir une salle » (participant n°1)

Outre l'installation physique, un logiciel spécialisé est essentiel au bon fonctionnement du système. (Cité par 4 participants)

« Rendez-vous sur une plateforme [...] où ils avaient déjà tous les renseignements dessus [...] les comptes-rendus sont envoyés directement dessus sur les plateformes » (participant n°2)

##### III.3.2.1.2. Equipement Mobile

Certains EHPAD s'équipent en matériel mobile, en complément ou en remplacement d'un matériel fixe. L'une ou l'autre option peut être privilégiée selon le contexte. (Cité par 6 participants)

« Un portable quand il fallait aller en chambre » (participant n°1)

« Maintenant avec une simple tablette je peux faire de la télémédecine n'importe où » (participant n°1)

« [...] c'est un système portatif, avec un petit chariot mobile [...] je vais dans la chambre directement » (participant n°4)

Dans de nombreux cas, le matériel grand public offre une alternative économique tout à fait viable. (Cité par 2 participants)

« Un ordinateur portable qui fait tourner Paaco ce n'est pas si cher. Parce que même une tablette fait tourner Paaco » (participant n°10)

### III.3.2.2. La préparation

Une fois que tout l'équipement technique est disponible, au même titre qu'une consultation classique, une préparation en amont est indispensable. Il y a d'abord un aspect administratif. (Cité par 6 participants)

« [...] un questionnaire très lourd au niveau administratif » (participant n°8)

« [...] il y a tout le dossier à monter » (participant n°3)

« Il y a la prise de rendez-vous via un logiciel [...] il y a tout à remplir, sans interface, sinon ça serait trop simple » (participant n°9)

Les consentements doivent être obtenus au préalable. (Cité par 1 participant)

« On a fait un consentement écrit pour chaque médecin » (participant n°2)

Lorsque cela est nécessaire ou requis, des informations spécifiques provenant du dossier médical ou d'éléments cliniques doivent être transmises en amont. (Cité par 5 participants)

« Au départ on envoie une photo [...] » (participant n°2)

« On fait des photos régulièrement donc nous on lui envoie aussi celles faites avant pour qu'il voit l'évolution » (participant n°10)

« On va scanner nous les documents que le médecin va nous demander, donc les comptes-rendus précédents des autres spécialistes [...] tous les traitements » (participant n°10)

La formation du personnel à l'utilisation des équipements est essentielle pour garantir une préparation optimale. (Cité par 5 participants)

« On avait été formé, on avait eu une attestation de formation » (participant n°10)

« J'ai formé tout mon personnel aux tablettes donc effectivement ça aide [...] j'ai pris le parti de former beaucoup plus d'agents, la psychologue était formée » (participant n°10)

Cette mesure est particulièrement recommandée dans un contexte où le taux de rotation du personnel est élevé. (Cité par 2 participants)

*« Là en 3 ans j'ai changé toute mon équipe infirmière [...] je les ai formés au fur et à mesure [...] mais ça fait 8 ans que je suis dessus, donc bon » (participant n°10)*

Le temps d'installation préalable du matériel contribue aussi au succès de la téléconsultation. (Cité par 4 participants)

*« On a fait installer Paaco sur nos fameuses tablettes et du coup on peut aussi faire de la téléconsultation en chambre » (participant n°10)*

*« Quand c'était mis en place on était accompagné par l'équipe ESEA. Ça c'était plutôt bien » (participant n°8)*

### **III.3.2.3. Le déroulement**

Après la préparation, la téléconsultation peut se dérouler. Il peut arriver qu'il faille patienter juste avant celle-ci. (Cité par 3 participants)

*« Il n'était jamais en avance » (participant n°2)*

*« Le ressenti n'est pas le même que d'attendre dans un couloir avec beaucoup de passages » (participant n°2)*

Il est important de planifier la durée des téléconsultations afin d'intégrer ces pratiques dans le fonctionnement quotidien de l'EHPAD et d'en limiter la désorganisation. (Cité par 5 participants)

*« Il faut organiser le temps [...] ça demande quand même une certaine organisation » (participant n°10)*

*« Le temps d'installer le matériel » (participant n°11)*

*« Il faut choisir le créneau qui va le moins déranger dans ses missions, dans l'organisation » (participant n°7)*

Il est essentiel de prévoir une solution de secours pour pallier toute éventualité, notamment un incident technique, pouvant survenir. (Cité par 4 participants)

*« Il faut avoir le plan B avec le coup du téléphone » (participant n°10)*

*« Pour les plaies on prend des photos » (participant n°7)*

La téléconsultation est aussi un temps de soins particulièrement adaptable selon les besoins. (Cité par 4 participants)

*« On ne participe pas [...] on reste un petit peu après parfois pour discuter avec le médecin » (participant n°5)*

*« Il y a vraiment cet échange entre plusieurs professionnels » (participant n°2)*

*« Vous pouvez faire sortir et il y a une discussion avec les professionnels » (participant n°2)*

Cette flexibilité implique une réévaluation des besoins en personnel, notamment ceux dédiés à l'accompagnement des résidents. (Cité par 6 participants)

*« Une aide-soignante du secteur qui connaissait la personne, une infirmière et en plus la psychologue » (participant n°2)*

*« Avoir le personnel pour avoir le temps de se connecter à ce moment-là en fait » (participant n°11)*

*« Faire en sorte qu'il y a un personnel de dédié et que tout soit bien organisé par rapport aux soignants » (participant n°9)*

*« Il faut que ça tombe au bon moment, le bon jour, quand on a assez de personnel » (participant n°10)*

Quant à l'équipement mobile, il offre une expérience différente grâce à son matériel spécifique. (Cité par 3 participants)

*« On ne sera pas sûr de la même qualité mais sur des troubles du comportement où on ne veut pas bouger le résident » (participant n°1)*

La téléconsultation, grâce à sa flexibilité, offre la possibilité d'inclure la famille dans les échanges, si les proches le désirent. (Cité par 5 participants)

*« [...] on a eu à faire même à des familles, où la famille était présente [...] la famille entend les choses » (participant n°2)*

*« [...] permet surtout d'associer les familles et l'équipe dans ce genre d'analyse quand il y a des troubles du comportement » (participant n°1)*

*« Ça permet aussi d'accueillir les familles » (participant n°10)*

La téléconsultation représente aussi pour le résident un vécu différent de la consultation traditionnelle. (Cité par 6 participants)

*« Le résident est en sécurité [...] sur la Psychogériatrie, parfois sur des patients qui ont des troubles du comportement, pour le laisser devant un écran c'est toujours un peu compliqué » (participant n°2)*

*« Une résidente qui lorsqu'on avait voilà, elle avait vu sur grand écran quelqu'un lui parler [...] on va dire que les troubles ne s'étaient pas arrangés » (participant n°9)*

*« Je préfère quand même me déplacer dans la chambre, parce que du coup le résident reste dans la chambre, c'est assez convivial pour lui, on ne change pas trop de son lieu de résidence on va dire » (participant n°9)*

#### **III.3.2.4. Cas particulier de l'étude GERONTACCESS**

Mon travail de recherche, étant ancillaire à l'étude GERONTACCESS, leurs expériences ont été relevées dans les échanges. (Cité par 5 participants)

*« Un questionnaire très lourd au niveau administratif qui a demandé beaucoup de papiers au départ » (participant n°2)*

*« Au départ, c'était bien, c'était innovant, sur la fin c'était un peu lourd pour eux » (participant n°2)*

*« On était dans le projet télémédecine mais ils ont mis longtemps à nous équiper [...] c'était gratuit pour l'EHPAD car c'était dans le cadre d'un projet » (participant n°8)*

Plusieurs participants ont également relevé que l'équipement pouvait parfois être mis en difficulté. (Cité par 2 participants)

*« On avait essayé quand même dans le cadre de GerontAccess un stéthoscope [...] il est magnifique, il est très beau, il fonctionnait mais les Cardiologues au bout sont très mitigés » (participant n°10)*

#### **III.3.2.5. Lien avec la médecine de ville**

La téléconsultation a introduit de nouvelles dynamiques dans la relation entre les EHPAD, la médecine de ville et les médecins traitants, nécessitant une adaptation de tous les acteurs. L'accord de l'ensemble des parties est indispensable mais pas toujours facilement obtenu. (Cité par 4 participants)

*« C'est l'accord du médecin traitant qui a été plus ou moins compliqué » (participant n°2)*

*« Il faut souvent que le médecin traitant soit ok pour qu'on utilise la téléconsultation ou la télémédecine [...] cela est très compliqué selon les médecins qu'on a en face [...] il y a certains qui sont totalement réfractaires » (participant n°9)*

L'opinion des médecins traitants a également évolué avec le temps. (Cité par 3 participants)

*« Ils se sont aperçus au début, en fait ça les libère d'un poids, sur des troubles cognitifs qu'ils n'arrivent pas à gérer au quotidien ou des traitements qu'ils n'arrivent pas [...] au départ très réticents puis après quand ils ont vu que ça marchait très bien et ben ils étaient très demandeurs » (participant n°2)*

*« On doit rester toujours en confraternité et dans ce bon échange pour que ça fonctionne bien [...] le médecin traitant reste le pivot central du système de soin » (participant n°1)*

#### **III.3.2.6. Les spécialités éligibles ou non**

Indépendamment de la détermination de tous les acteurs, l'exercice de la médecine reste complexe avec des spécificités selon les spécialités. Certaines s'y prêtent particulièrement bien à la téléconsultation. (Cité par 7 participants)

*« Téléconsultation avec Plaie & Cicatrisation [...] surtout sur de l'escarre » (participant n°2)*

« Téléconsultations en Psychogériatrie [...] la cardiologie, l'hématologie » (participant n°2)

« La neurologie aussi [...] on l'a aussi utilisé pour la dermatologie, la pneumologie » (participant n°4)

« L'échographie, est un outil de diagnostic non seulement du pneumothorax, de la pleurésie mais aussi de pneumocoque » (participant n°5)

« Les consultations mémoires » (participant n°9)

« La MPR mais on ne l'avait pas fait avec le CHU mais avec Saint-Yrieix » (participant n°10)

A l'inverse, dans certains cas, la téléconsultation peut se révéler peu adaptée, voire inadaptée. (Cité par 8 participants)

« La télémédecine pour faire ses renouvellements d'ordonnances » (participant n°1) (cité par 4 participants)

« On ne peut pas palper un ventre à distance [...] la gastroentérologie » (participant n°5)

« Les Dentistes, les Ophtalmologues, la Gynécologie, l'ORL [...] dès qu'il y aura un acte, la télémédecine ne remplacera pas [...] ce n'est pas possible » (participant n°10)

### **III.3.2.7. Focus sur la téléexpertise**

Quelques contraintes liées à la téléconsultation commencent à émerger des discussions, pouvant parfois être compensées par la téléexpertise. (Cité par 7 participants)

« On envoie ça, c'est un peu comme une sorte de messagerie sécurisée [...] quand il est disponible, il voit le truc, il répond [...] ce n'est pas dans le même instant [...] on a une réponse, une conduite thérapeutique dans les 24h, dans les 12h en général. On a une attitude thérapeutique » (participant n°4)

« La téléexpertise, elle prend le dessus actuellement sur la téléconsultation [...] pleins de modules de téléconsultation qui passent en téléexpertise [...] Ils répondent quand ils veulent, au lieu de bloquer un créneau » (participant n°1)

### **III.3.3. Expérience utilisateur-soignant de la Téléconsultation (vécu et ressenti)**

Suite à la présentation de la téléconsultation et de son cadre d'utilisation, les professionnels de santé en EHPAD ont exprimé leurs retours d'expérience, souvent marqués par des sentiments contrastés. Nous commencerons par les éléments positifs avant d'évoquer les aspects négatifs.

#### **III.3.3.1. Expérience Positive**

La possibilité d'un suivi de qualité est un sentiment positif particulièrement partagé. (Cité par 5 participants)

« Il y avait vraiment ce suivi, régulièrement, toutes les semaines, tous les 15 jours » (participant n°2)

« Ça fait une vision différente par rapport aux résidents mais aussi ça fait un retour différent par rapport aux équipes » (participant n°3)

« [...] ce qui est très appréciable est qu'on reçoit un compte-rendu, un vrai, systématiquement » (participant n°9)

« La téléconsultation, la téléexpertise c'est un outil qui a réouvert quand même des portes à nos résidents » (participant n°10)

La téléconsultation permet une montée en compétences des soignants, ce qui est particulièrement valorisant. Ce sentiment est donc régulièrement mentionné. (Cité par 2 participants)

« J'ai trouvé cela très intéressant et très enrichissant pour beaucoup de choses » (participant n°2)

Le renforcement des liens interprofessionnels, favorisé par ces nouvelles modalités de travail, est perçu comme un apport positif par les soignants. (Cité par 2 participants)

« Le gain il est énorme [...] c'est celui que j'apprécie le plus aujourd'hui » (participant n°9)

« On n'avait pas du tout envisagé avant » (participant n°10)

Le sentiment d'utilité vient compléter le vécu de la téléconsultation. (Cité par 5 participants)

« Un outil qui peut servir sur beaucoup de choses » (participant n°2)

« Un projet tout à fait utile et conforme aux besoins » (participant n°4)

« Ça peut être intéressant pour la marche » (participant n°10)

L'aspect facilitateur est un autre sentiment exprimé. (Cité par 4 participants)

« C'est facilitant, on peut rebondir dans les échanges plus facilement que dans un courrier [...] » (participant n°1)

Il en est de même de la facilité d'usage. (Cité par 5 participants)

« Quand on veut déployer la télémédecine, on peut la déployer, mettre les outils sans difficultés en EHPAD. Ce n'est pas un problème » (participant n°1)

« Ça s'est quand même beaucoup facilité » (participant n°10)

La personnalisation qui est permise renforce le sentiment positif des soignants. (Cité par 3 participants)

« Chacun l'utilise comme il le souhaite » (participant n°1)

« Nous on est formé [...] on pratique depuis quelques temps, on a des automatismes [...] ça m'aide aussi parce que ça fait 11 ans que je suis dans la même structure » (participant n°10)

Les participants ont particulièrement apprécié la qualité de la formation et de l'accompagnement. (Cité par 2 participants)

*« Quand c'était mis en place on était accompagné par l'équipe ESEA. Ça c'était plutôt bien, ils nous ont bien expliqué » (participant n°8)*

Un consensus se dégage sur le caractère déterminant de la première expérience de téléconsultation pour la poursuite de son usage. (Cité par 2 participants)

*« La façon dont la première téléconsultation marche fait que ça marchera après ou pas » (participant n°5)*

Le gain de temps ou le fait d'en perdre moins est souvent revenu comme un sentiment positif. (Cité par 3 participants)

*« [...] on a gagné du temps [...] je mets presque moins de temps à préparer toute ma téléconsultation qu'à attendre en fait le secrétariat de Cardiologie pour avoir un rendez-vous cardiologique » (participant n°10)*

La plus-value de l'équipement fixe est aussi citée comme un sentiment positif.

*« On a l'impression d'être à la même table [...] c'était vraiment extrêmement positif » (participant n°5)*

*« Ça reste pour eux une consultation, ça fait moins intrusion dans la chambre » (participant n°10)*

### **III.3.3.2. Expérience Négative**

L'usage de la téléconsultation peut aussi faire émerger un ressenti négatif. Cela peut être l'appréhension, la résistance au changement. (Cité par 3 participants)

*« Au départ je me suis dit ça peut être compliqué la téléconsultation [...] les médecins libéraux étaient très réticents » (participant n°2)*

*« Il y a aussi peut-être je pense des préalables au niveau des soignants à changer peut-être un peu la mentalité [...] j'ai eu énormément de mal à faire adhérer mes médecins » (participant n°11)*

La peur de l'inconnu a pu générer un sentiment négatif. (Cité par 2 participants)

*« Paaco Globule, ça nous a fait très peur au départ car on ne connaissait pas » (participant n°7)*

L'absence d'accès à des spécialistes nationaux est également source de déception.

*« C'est bête de ne pas pouvoir avoir accès à des spécialités (à La Timone à Marseille) » (participant n°1)*

Il en va de même pour la faible fréquence d'utilisation. (Cité par 2 participants)

*« On n'utilise pas suffisamment notre outil pour nos résidents et même pour les médecins ou quelqu'un de l'extérieur de l'EHPAD » (participant n°1)*

Le sentiment de ne pas avoir les moyens constitue une autre source de frustration. (Cité par 8 participants)

*« C'est fou qu'en EHPAD, on ne soit pas considéré comme une zone prioritaire » (participant n°1)*

*« Ils ne nous donnent pas le nombre de créneaux » (participant n°1)*

*« J'avais une équipe en souffrance » (participant n°10)*

Le temps de préparation est souvent associé à une émotion négative. (Cité par 3 participants)

*« Extrêmement chronophage, sur la préparation en amont » (participant n°7)*

L'anticipation d'une surcharge de travail engendre fréquemment des réactions négatives. (Cité par 2 participants)

*« Vécu comme encore quelque chose qu'on nous rajoute et on ne va pas être assez nombreuse » (participant n°7)*

La frustration est souvent mentionnée en cas d'échec. (Cité par 7 participants)

*« C'est frustrant quand les outils ne marchent pas » (participant n°7)*

*« Dommage de ne pas profiter de cet outil qui est assez intéressant » (participant n°6)*

*« Ce n'est pas trop valorisant pour le personnel qui va le pratiquer et qui ne pourra pas forcément réinjecter cela ailleurs » (participant n°10)*

Le coût est à nouveau perçu comme un sentiment négatif. (Cité par 2 participants)

*« Je pense que ce n'est pas assez rentable. C'est pour cela que l'ouvrir » (participant n°8)*

Quelques participants ont perçu l'équipement fixe comme limitant.

*« [...] on ne peut pas vraiment voir le résident évoluer dans son lieu de vie [...] freinant pour tout ce qui est trouble du comportement ou psychiatrique » (participant n°11)*

### **III.3.4. Les Avantages de la Téléconsultation**

Maintenant que les bases de la téléconsultation sont posées et que nous avons recueilli les expériences des utilisateurs, nous allons décrire les bénéfices qu'elle procure, tant aux patients qu'aux professionnels de santé, sans oublier les gains techniques.

### III.3.4.1. Pour le patient

Tout d'abord les participants ont mis en avant de manière récurrente la qualité élevée des échanges lors de ces discussions. (Cité par 6 participants)

« *Des échanges extraordinairement faciles [...] des consultations à bâton rompu [...] ils échangent comme s'ils étaient chacun à côté de la table* » (participant n°5)

« *On a des préconisations en direct* » (participant n°10)

« *La richesse des échanges* » (participant n°4)

Cette qualité impacte nécessairement et favorablement la robustesse de la prise en charge. (Cité par 6 participants)

« *Il y avait vraiment ce suivi, régulièrement, toutes les semaines, tous les 15 jours [...] avoir une consultation assez rapide* » (participant n°2)

« *Ça permet d'avoir une approche pluridisciplinaire* » (participant n°1)

« *La plaie est en train de se dégrader, on a eu le cas sur des escarres [...] dire là stop, on la prend en charge, elle va en vasculaire on voit ce qu'on fait [...] d'avoir une consultation assez rapide et en disant là la plaie se dégrade* » (participant n°2)

Cela peut ainsi accélérer le processus d'hospitalisation lorsque cela s'avère indispensable et l'éviter si ce n'est pas le cas. (Cité par 4 participants)

« *Facilite quand on a eu besoin d'hospitalisation en Gériatrie, d'hospitalisation de répit pour les troubles du comportement compliqués* » (participant n°11)

« *Le bénéfice de la télémédecine c'est vraiment éviter les hospitalisation* » (participant n°11)

Les troubles neurocognitifs, souvent associés à des difficultés d'accès aux soins, peuvent voir leurs impacts atténués grâce à la téléconsultation. (Cité par 3 participants)

« *On fera toujours une consultation même s'il n'y a pas le résident parce qu'il est dans sa chambre, ou qu'on n'y arrive pas [...] on a quand même au bout du compte une consultation, peut être sans résident mais on a quand même notre prise en charge* » (participant n°1)

« *Ça a réouvert l'accès à des résidents que jamais on aurait envoyé en rendez-vous parce que trouble du comportement, trouble cognitif trop avancé ou personne grabataire qu'on n'enverrait pas pour voir un gériatre pour faire le point sur les médicaments ou pour voir un spécialiste* » (participant n°10)

L'absence de contraintes liées aux déplacements est un aspect positif mis en avant par les participants. (Cité par 9 participants)

« *Pas le stress du patient avec le transport, le coût pour le patient et pour l'assurance maladie [...] le résident est en sécurité [...] évite que les personnes avec des troubles cognitifs d'en avoir plus au retour [...] d'être dans un lieu où ils ont leurs repères c'est hyper important* » (participant n°2)

*« Le patient reste dans son EHPAD [...] on peut le rassurer » (participant n°5)*

Cela permet ainsi au résident de rester dans son habitat familial. (Cité par 6 participants)

*« Le cadre plus agréable étant donné que les personnes ne sont pas sorties de leur environnement [...] Ils connaissent aussi les personnes qui sont à côté d'elles » (participant n°6)*

*« Le résident reste dans la chambre, c'est assez convivial pour lui, on ne change pas trop de son lieu de résidence » (participant n°9)*

La téléconsultation au sein de l'EHPAD permet également à la population environnante de découvrir l'établissement sous un nouvel angle, parfois plus flatteur. (Cité par 7 participants)

*« Des gens du secteur, des gens qu'on connaît depuis longtemps, qui vont venir en hébergement de repos / temporaire » (participant n°10)*

*« Je l'ai ouvert moi aux usagers de mon accueil de Jour. Qui sont des gens du secteur, des gens qu'on connaît depuis longtemps [...] Ils ont quand même un lien avec l'EHPAD » (participant n°11)*

### **III.3.4.2. Pour le soignant**

Tout comme le patient, le soignant peut bénéficier de la téléconsultation qui lui offre des solutions adaptées à ses contraintes. (Cité par 3 participants)

*« La télémédecine peut peut-être permettre de passer les dix ans ou cinq ans dans le meilleur des cas pour qu'on ait des renforts d'effectifs pour reprendre, pour réussir à refonctionner correctement » (participant n°1)*

L'amélioration des soins proposés avec la téléconsultation est particulièrement appréciée par les professionnels de santé. (Cité par 9 participants)

*« La téléconsultation avec le Psychogériatre nous a aidé dans beaucoup de situations [...] un œil extérieur qui est bien » (participant n°2)*

*« Les médecins traitants peuvent avoir accès aussi » (participant n°2)*

*« C'est facilitant, on peut rebondir dans les échanges plus facilement que dans un courrier et c'est un plus » (participant n°1)*

*« Ça fait une vision différente par rapport aux résidents mais aussi ça fait un retour différent par rapport aux équipes » (participant n°3)*

Le gain de temps est un autre élément unanimement apprécié. (Cité par 6 participants)

*« Il y a effectivement un temps pour préparer, un temps informatique mais il n'y a pas 1h d'attente au téléphone en allant de service à service » (participant n°3)*

*« Sur les dossiers, au départ ça peut être un peu long mais une fois que le dossier est créé, il n'y a plus grand-chose à faire » (participant n°2)*

*« Il vaut mieux faire de la télémedecine ça gagne du temps » (participant n°9)*

Le médecin consulté bénéficie lui aussi de ce temps économisé.

*« On peut envoyer toutes les informations en amont [...] donc le médecin au bout gagne du temps » (participant n°10)*

La téléconsultation redonne vie ou crée une relation privilégiée avec l'établissement hospitalier, souvent affaibli par les contraintes du système de santé actuel et des difficultés d'accès aux soins. (Cité par 11 participants)

*« On a regagné beaucoup de liens avec les médecins hospitaliers [...] on a recréé du lien avec des médecins qu'on ne voyait jamais avant [...] on échange beaucoup plus facilement [...] des staffs avec les spécialistes » (participant n°10)*

*« Ça crée de la confiance dans le professionnel [...] créer des liens confraternels et de bonne entente qui fait que du coup on a plus confiance dans les équipes qu'il y a en face » (participant n°11)*

L'ouverture sur l'extérieur permise techniquement par la téléconsultation en EHPAD est également bénéfique pour le soignant. (Cité par 4 participants)

*« Permettre à des personnes de l'extérieur de venir faire des téléconsultations ou télémedecine au sein même de l'établissement [...] le fait que les gens de l'extérieur voyaient l'EHPAD sous un autre angle et commençaient un peu à rentrer » (participant n°9)*

La téléconsultation offre aux soignants une grande souplesse dans leur pratique et ouvre de nouvelles perspectives. (Cité par 5 participants)

*« Chacun l'utilise comme il le souhaite [...] quelque chose complémentaire » (participant n°1)*

*« Et avec le temps tout le monde s'y met y compris les médecins qui au départ étaient réfractaires et le sont de moins en moins » (participant n°9)*

Il ne faut pas oublier la qualité du travail de l'équipe mobile de psychiatrie (EMPSA), qui est unanimement appréciée par les participants. (Cité par 7 participants)

*« Le EMPSA, ils sont vraiment aidants, on a une réponse » (participant n°5)*

*« Ils prennent un peu de hauteur [...] ils vont chercher à analyser la situation, ils vont questionner la situation et prendre des pistes qu'on n'a pas nous forcément identifié » (participant n°7)*

### **III.3.4.3. Pour la famille**

Après le patient et le soignant, la famille peut également bénéficier des avantages de la téléconsultation. Lui offrant de nouvelles possibilités de participation aux soins. (Cité par 8 participants)

« La famille est rassurée [...] elle entend les choses [...] c'est vraiment très enrichissant » (participant n°2)

« Permet aussi de faire participer les familles [...] j'ai des familles qui viendront plus facilement [...] ils viennent à pied donc ils viennent à la téléconsultation mais ils n'accompagneront pas leurs parents à Limoges » (participant n°10)

#### **III.3.4.4. L'aspect technique**

La téléconsultation utilisant de nouveaux outils technologiques permet aussi d'apporter une plus-value technique. La qualité du dossier médical en est un exemple particulièrement cité. (Cité par 4 participants)

« Il y a beaucoup de renseignements dessus [...] les comptes-rendus sont envoyés directement dessus sur les plateformes » (participant n°2)

« On utilise toujours la même base pour un patient » (participant n°1)

« Une réponse écrite dans le quart d'heure la plupart du temps » (participant n°10)

Intégrant les dernières avancées technologiques, ces outils offrent des fonctionnalités toujours plus performantes, comme l'ont souligné les participants. (Cité par 3 participants)

« L'outil, ce n'est pas un souci [...] maintenant ça fonctionne, on n'est plus dans les balbutiements [...] ça se démocratise, c'est accessible maintenant par rapport à il y a 5 ans. C'est fini la grosse caméra [...] un simple ordinateur portable suffit [...] une tablette, un portable avec une webcam c'est suffisant pour faire 80 % de la télémedecine [...] J'ai fait installer 9 bornes » (participant n°1)

« Le temps informatique en télémedecine il est très court » (participant n°3)

« La technologie va évoluer et va nous permettre d'être beaucoup plus fiable par rapport aux besoins des spécialistes » (participant n°9)

Les outils connectés facilitent l'acquisition de données cliniques et biométriques précises et en temps réel, directement auprès du patient. (Cité par 4 participants)

« Les stéthoscopes connectés, il y en a de très très bonne qualité où effectivement on entend même mieux que son propre stéthoscope [...] l'échographie » (participant n°5)

« On peut aussi faire de la téléconsultation en chambre » (participant n°10)

Toute cette mécanique est possible grâce aux différents accompagnements disponibles pour les soignants. (Cité par 3 participants)

« [...] accompagné par l'équipe ESEA [...] ça c'était plutôt bien, ils nous ont bien expliqué » (participant n°8)

« L'ESEA est vraiment facilitant, accompagnant [...] ils sont venus 3h sur le site des Cars pour reformer mais il faut aller les chercher [...] Ils forment les équipes, ils reforment, ils sont là avec les équipes » (participant n°1)

Comme bien souvent dans le numérique, le temps a permis des améliorations techniques de la téléconsultation, comme abordé lors des discussions. (Cité par 6 participants)

*« Ça s'est quand même beaucoup facilité [...] le logiciel utilisé [...] c'est mieux qu'avant » (participant n°10)*

*« On a quand même des meilleurs connexions internet maintenant ça fonctionne [...] la visio ça fonctionne beaucoup mieux [...] ça fonctionne mieux en terme technique, les caméras on n'a plus de soucis » (participant n°10)*

*« Paaco Globule fonctionne beaucoup mieux et il est assez fluide et on a beaucoup moins de problème technique avec Paaco Globule » (participant n°10)*

#### **III.3.4.5. Versus la consultation en présentiel**

Afin d'apprécier pleinement les apports de la téléconsultation en EHPAD, une comparaison avec la consultation présenteielle s'est avérée essentielle. Les retours des participants ont mis en évidence la possibilité de suivre l'évolution du patient dans sa globalité. (Cité par 1 participant)

*« Le patient il va en consultation Dermatologie, il ouvre le pansement mais il ne sait pas comment c'était avant et après » (participant n°2)*

La qualité des transmissions, autrefois problématique, s'est considérablement améliorée avec l'avènement de la téléconsultation. (Cité par 3 participants)

*« En vraie consultation avec un Psychiatre vous n'avez pas tout cela. L'infirmière va faire ses transmissions écrites avec la psychologue, ça ne sera pas un échange » (participant n°2)*

*« C'est-à-dire que là où avant on faisait 4 lignes de transmissions infirmières et comme je disais tout à l'heure, le dossier n'était pas ouvert, pas lu ou lu par le transporteur ou perdu en route ou que sais-je [...] on n'avait jamais les médecins au téléphone » (participant n°10)*

La qualité et la disponibilité des comptes rendus constituent un progrès notable par rapport aux pratiques antérieures. (Cité par 2 participants)

*« Il n'y a pas cette phase d'interprétation parfois et tous les éléments ne sont pas notés sur un compte rendu de consultation toujours » (participant n°4)*

*« Un résident qui revient avec sur un morceau de papier une réponse à une question qui n'est pas du tout adaptée parce que finalement le médecin n'avait pas eu tous les éléments » (participant n°9)*

Dans le cas des patients agités, la téléconsultation représente une alternative intéressante à la prise en charge traditionnelle. (Cité par 1 participant)

*« En consultation, j'ai reçu parfois des gens agités et c'était très compliqué » (participant n°5)*

*« S'il n'y a pas le résident en consultation à l'hôpital ou à la clinique, généralement le spécialiste ne fait pas la consultation, demandant de revenir » (participant n°1)*

### III.3.4.6. Focus sur la téléexpertise

La téléexpertise, de par sa nature même, offre des possibilités différentes de la téléconsultation. La flexibilité accrue qu'elle permet, tant pour le demandeur que pour l'expert, est fréquemment soulignée. (Cité par 3 participants)

« *C'est plus souple pour les intervenants [...] ils répondent quand ils veulent, au lieu de bloquer un créneau* » (participant n°1)

« *On a une réponse, une conduite thérapeutique dans les 24h, dans les 12h en général. On a une attitude thérapeutique* » (participant n°4)

« *Ça permet un accès aux soins beaucoup plus important qu'avant* » (participant n°10)

### III.3.5. Les Inconvénients de la Téléconsultation

Si la téléconsultation présente de nombreux atouts, il est essentiel de souligner qu'elle n'est pas exempte de contraintes. Sur le même schéma, nous les verrons au travers de la perspective du patient, puis du soignant et enfin l'enjeu technique.

#### III.3.5.1. Pour le patient

Étant donné que la téléconsultation ne constitue pas la référence absolue en matière de soins, le recueil du consentement éclairé du patient revêt une importance particulière. Cette étape peut toutefois être source de difficultés. (Cité par 2 participants)

« *A l'entrée du résident, avec les familles, c'est spécifié dans le recueil, est-ce que vous acceptez la télémédecine ou pas* » (participant n°2)

Bien que la téléconsultation offre de nombreux avantages, son déploiement est limité par le nombre de professionnels de santé formés et équipés pour la pratiquer. Ce frein est particulièrement mentionné par les participants. (Cité par 6 participants)

« *[...] ne pas avoir de télémédecine sur des hôpitaux de proximité, ça c'est un super frein [...] il manque de déploiement dans les autres établissements hospitaliers locaux* » (participant n°7)

« *On a fait pleins de demandes de rendez-vous mais on n'a jamais eu de retour donc on a laissé tomber* » (participant n°11)

« *Le nombre d'experts est quand même assez limité* » (participant n°8)

Face à des troubles spécifiques, la téléconsultation ne représente plus un avantage mais un inconvénient, de par sa nature et ses impératifs techniques. (Cité par 8 participants)

« *Des patients qui ont des troubles du comportement, pour le laisser devant un écran c'est toujours un peu compliqué [...] il ne faut pas que ça dure très longtemps [...] s'il y a un peu d'agressivité, ça peut être compliqué* » (participant n°2)

« *Il faut que le résident et le médecin en face, ça accroche* » (participant n°2)

La téléconsultation a parfois été citée comme perturbante ou aggravante des troubles chez certains patients. (Cité par 8 participants)

*« L'écran + la présence de quelqu'un induit forcément un biais auprès du résident [...] il y a l'induction des troubles du comportement chez certaines personnes [...] c'est ponctuel, ça n'est pas sur toutes les personnes » (participant n°10)*

### **III.3.5.2. Pour le soignant**

Les contraintes administratives liées à la téléconsultation ont été l'une des plus citées lors des entretiens. (Cité par 6 participants)

*« Un questionnaire très lourd au niveau administratif qui a demandé beaucoup de papiers au départ » (participant n°8)*

*« L'accord du médecin traitant qui a été plus ou moins compliqué [...] quand on a commencé la télémedecine, on a fait un consentement écrit pour chaque médecin libéral qui intervenaient pour savoir s'ils étaient d'accords ou pas » (participant n°2)*

*« C'est quelque chose qu'on nous rajoute, du travail qu'on déplace parce que tout ce travail en amont de secrétariat, de tout cela, il faut pouvoir l'absorber » (participant n°11)*

Il peut aussi arriver que les rendez-vous soient ratés ou en retard, sans toujours pouvoir préjuger de la cause de ces désagréments lors de notre travail. (Cité par 5 participants)

*« En face il n'y avait personne, l'expert n'était pas là. Il a fallu attendre très longtemps [...] cette dame elle faisait en même temps son service en dermatologie, elle a dû être appelée pour faire quelque chose [...] on a dû l'appeler au téléphone pour qu'elle vienne [...] finalement il fallait qu'elle y aille » (participant n°8)*

*« [...] parfois on attend le spécialiste et il ne vient pas [...] Ça a essoufflé les équipes les rendez-vous manqués » (participant n°7)*

*« Il faut que le collègue soit à l'heure convenue, pour ne pas déstabiliser » (participant n°1)*

La rareté des créneaux horaires disponibles a été identifiée par plusieurs participants comme un obstacle majeur à une organisation optimale. (Cité par 5 participants)

*« Le mercredi début d'après-midi, pendant les transmissions » (participant n°2)*

*« Il n'y a pas que les soins à 9h30 dans les EHPADs. Les infirmières ne sont pas disponibles pour X raisons, il n'y a pas que le résident d'indisponible, c'est le soignant aussi. C'est le médecin traitant qui ne va pas être présent aussi » (participant n°7)*

Certains participants ont mentionné que la qualité de la formation pouvait être un frein à l'adoption de cette solution. (Cité par 2 participants)

*« Les accompagnements faits sur les 1ères télémedecines n'avaient pas été top » (participant n°7)*

*« La moitié de mes infirmières qui n'étaient pas formées, donc ça s'essouffle un peu » (participant n°10)*

D'autant plus qu'une certaine aisance avec ces outils est souhaitable chez les utilisateurs. Or, ces compétences ne sont pas systématiquement requises pour exercer le métier de soignant, ce qui constitue un frein supplémentaire au déploiement de la téléconsultation. (Cité par 4 participants)

*« On a beau former quelqu'un si ce n'est vraiment pas son truc, ce n'est pas son truc [...] j'ai eu plus de mal à y faire adhérer le personnel » (participant n°10)*

*« On parle quand même de personnel soignant, d'infirmières, d'aides-soignants [...] ne sont absolument pas formé en ordinateur [...] sont incapables de détecter une panne [...] Il y en a que ça perturbe énormément que le bouton ne soit plus au même endroit » (participant n°10)*

Les enjeux médico-légaux liés à la téléconsultation représentent un obstacle à surmonter pour favoriser son développement. (Cité par 3 participants)

*« Quelle est la responsabilité sur de la téléconsultation si par exemple l'infirmière va mal placer son échographe » (participant n°2)*

*« Il faudrait que réellement il y a des choses plus précises, décrites [...] il faudrait des décrets vachement précis » (participant n°5)*

L'équipe mobile de psychiatrie (EMPSA) avait été présentée comme une solution bénéfique. Cependant, selon les témoignages recueillis, l'expérience des utilisateurs peut varier considérablement et notamment négativement. (Cité par 6 participants)

*« On a fait intervenir pas mal les EMPSA où on a eu un problème avec l'infirmière [...] c'est personne-dépendante en ce qui concerne les infirmières qui interviennent [...] On se retrouvait face à un mur, on appelait le Psychiatre mais personne ne venait, c'était compliqué ça aussi » (participant n°2)*

Si la téléconsultation s'est perfectionnée au fil du temps, elle a également connu des évolutions moins positives. La réduction du nombre de médecins proposant ce mode de consultation en est une illustration particulièrement citée. (Cité par 6 participants)

*« On a moins de médecins au bout du fils [...] au début on en avait pleins [...] et après je n'avais plus de médecins » (participant n°10)*

*« Il y a un manque de spécialistes qui devient un peu crucial » (participant n°9)*

### **III.3.5.3. Pour la famille**

Les familles des patients peuvent également exprimer des réticences envers la téléconsultation, souvent liées à des préjugés ou à des inquiétudes. (Cité par 2 participants)

*« Les familles sont parfois un peu dubitatives [...] il y a des familles réfractaires » (participant n°9)*

#### III.3.5.4. Pour l'EHPAD

L'usage de la téléconsultation en EHPAD a aussi un impact pour ces établissements. Un des inconvénients majeurs souvent cités est le coût financier, autant dans l'investissement du matériel que dans le coût en ressources humaines. (Cité par 8 participants)

*« Ça demande des moyens, du personnel en plus, comment la rémunération va être faite » (participant n°2)*

*« Les enveloppes des ARS sont minimales [...] il y a un problème financier derrière » (participant n°1)*

L'allocation de ressources humaines exclusivement dédiées à la téléconsultation engendre une redistribution des tâches au sein des EHPAD, pouvant compromettre la réalisation d'autres missions, en l'absence d'un financement adapté. (Cité par 7 participants)

*« Mettons les moyens dans les EHPADs pour que les gens ne soient plus dans la culpabilité et dans les conflits de valeurs. Mettons les moyens pour que les spécialistes soient disponibles pour la télé médecine en fait » (participant n°7)*

*« Détacher quelqu'un pour aller sur ce temps-là répondre ben c'est problématique » (participant n°11)*

*« Ça demande du temps qu'on n'a pas, qu'il faut qu'on trouve et surtout qui n'est pas du tout valorisé [...] que ça soit pour le personnel qui le prend ce temps que pour l'EHPAD de manière générale [...] on fait des choses en plus par rapport à la téléconsultation ou même à la téléexpertise [...] du temps qui finalement n'est côté nulle part en termes de temps soignant » (participant n°10)*

#### III.3.5.5. L'aspect technique

Bien que le marché des équipements de téléconsultation se soit développé, les investissements initiaux restent conséquents et peuvent varier en fonction de la taille et des moyens des établissements. (Cité par 4 participants)

*« C'est un matériel hyper-couteux » (participant n°8)*

Cet outil, bien qu'opérationnel, présente des limites en termes d'ergonomie et de fonctionnalités, nécessitant des optimisations pour une utilisation plus efficace. (Cité par 4 participants)

*« Cela éviterait de ressaisir ou permettre de scanner des comptes-rendus [...] cela m'oblige à tout ressaisir tout le dossier : les comptes-rendus, les traitements, les personnes à prévenir...etc » (participant n°9)*

*« Le stéthoscope mais en fait ils n'entendaient pas spécialement très bien en face » (participant n°2)*

*« [...] j'entends effectivement qu'il y a une arythmie mais je suis incapable d'entendre s'il y a un souffle ou pas » (participant n°10)*

Et plus globalement, quelles que soient les précautions prises, une défaillance informatique est un risque inhérent à tout système informatique, indépendamment de sa complexité. (Cité par 3 participants)

*« Tous les problèmes techniques auquel on est confronté dès qu'on fait passer un ordinateur là-dedans » (participant n°10)*

Les coupures constituent un autre inconvénient de la téléconsultation, pouvant être causées par divers facteurs, internes ou externes. (Cité par 3 participants)

*« Pendant la téléconsultation on avait eu des coupures » (participant n°4)*

*« Ils ont augmenté le débit parce qu'on avait les images un peu en décalé » (participant n°2)*

Les instabilités de connexion représentent un autre obstacle à la fluidité des téléconsultations et peuvent avoir des origines multiples.

*« Il fallait aussi que le Wifi puisse suivre [...] c'était un lieu enterré donc le réseau est moins stable » (participant n°8)*

*« Les tablettes, le Wifi ne marche qu'à certains endroits » (participant n°2)*

La fragmentation du marché des équipements de téléconsultation, caractérisée par une multitude de standards incompatibles, peut engendrer une disparité des solutions déployées au sein des établissements, complexifiant l'interopérabilité des systèmes. (Cité par 2 participants)

*« Quelqu'un formé dans un établissement ne pourra peut-être pas fonctionner dans le mien [...] ce n'est pas toujours les mêmes appareils » (participant n°11)*

*« Ce n'est pas présenté pareil sur tablette » (participant n°10)*

La faible fréquence d'utilisation est une autre limite à la téléconsultation, pouvant elle-même découler d'autres difficultés comme le manque de spécialistes. (Cité par 8 participants)

*« On n'utilise encore assez peu la téléconsultation donc on n'en a pas 200 » (participant n°1)*

*« C'est sous utilisé même dans les EHPADs où on l'utilise déjà beaucoup, par rapport au prix que ça coûte » (participant n°8)*

*« Il est difficile de faire vivre l'outil dans le temps [...] on l'a beaucoup utilisé durant la période Covid et ensuite c'était en lieu fixe et finalement on ne s'en servait plus [...] les rendez-vous étaient revenus un peu plus facile et finalement l'outil était abandonné » (participant n°6)*

La téléconsultation, bien que prometteuse, ne peut se substituer à l'examen clinique complet, certaines explorations sémiologiques nécessitant un contact physique direct entre le professionnel de santé et le patient. (Cité par 5 participants)

*« On ne peut pas palper un ventre à distance » (participant n°5)*

« L'odeur aussi qui est important sur certaines plaies [...] on a besoin d'appuyer »  
(participant n°11)

« Dès qu'il y aura un acte, la télémedecine ne remplacera pas [...] ce n'est pas possible »  
(participant n°10)

### III.3.6. Perspectives de la Téléconsultation (demande et évolution)

Après avoir recueilli les expériences des soignants et identifié les avantages et les inconvénients de la téléconsultation, ce dernier chapitre vise à faire émerger les perspectives d'avenir de cette pratique à travers leurs attentes. Forts de leurs expériences positives et négatives, couplées aux bénéfices et freins, les soignants ont exprimé, lors des entretiens, leurs attentes et les évolutions qu'ils jugent nécessaires ou prometteuses.

Un premier élément serait d'effectuer systématiquement un premier contact en présentiel, permettant d'améliorer l'adhésion thérapeutique et la qualité du suivi futur. (Cité par 2 participants)

« La téléconsultation c'est bien mais ça serait bien de toujours faire une première consultation en réel [...] Le patient et le médecin se rencontrent et qu'il y a ensuite un suivi par la téléconsultation » (participant n°2)

Une autre demande concerne l'accès à des expertises de pointes, disponibles au niveau national. Cela permettrait de proposer des prises en charge très spécifiques à l'ensemble de la population, quel que soit son lieu de résidence. (Cité par 4 participants)

« J'ai demandé une chose en télémedecine qu'on n'a pas actuellement c'est la télémedecine nationale [...] c'est bête de ne pas pouvoir avoir accès à des spécialités (à La Timone à Marseille) [...] ou la cancérologie spécifique en Ophtalmologie » (participant n°1)

Une autre perspective serait la collaboration renforcée entre les EHPAD et les professionnels de santé de proximité, grâce à l'extension de la téléconsultation, cela pourrait améliorer significativement l'accès aux soins spécialisés pour les patients. (Cité par 7 participants)

« [...] on pourrait même le proposer aux médecins traitants hors EHPAD [...] faire bénéficier de l'EHPAD pour permettre d'avoir cet accès sur quelques spécificités (prise en charge neurologique très particulière) [...] des tiers-lieux » (participant n°1)

« Les EHPADs dans les milieux ruraux ne pourraient pas être ressource et ouvrir ces consultations aux personnes de la commune qui sont très âgées aussi ? » (participant n°7)

Le passage de la téléconsultation vers la téléexpertise, quand cela est possible, est aussi une demande des soignants. En permettant une plus grande flexibilité des deux côtés, elle peut s'affranchir de certains inconvénients de la téléconsultation. Un juste équilibre serait à trouver.

« Il y a pleins de modules de téléconsultation qui passent en téléexpertise » (participant n°1)

Face au faible nombre de créneaux proposés, cité comme un inconvénient majeur, une piste d'amélioration serait d'augmenter le nombre de créneaux disponibles. (Cité par 3 participants)

*« J'ai demandé d'avoir un créneau matin et un l'après-midi pour que les équipes puissent choisir, voire incorporer le médecin traitant, lui faire le retour, le laisser la possibilité d'essayer de venir s'il le souhaite [...] on aurait 3-4 créneaux et on en valide 1 » (participant n°1)*

*« On peut faire appel à des médecins dans d'autres départements » (participant n°9)*

Pour que la téléconsultation s'inscrive durablement dans les pratiques, il convient d'encourager son utilisation régulière. (Cité par 5 participants)

*« Faire vivre l'outil dans le temps » (participant n°6)*

Cela passe par redynamiser la téléconsultation là où elle marque le pas. (Cité par 6 participants)

*« Reprendre rendez-vous avec l'équipe de télémédecine pour relancer, reformer les infirmières et remettre en route » (participant n°11)*

*« Besoin de changer les mentalités des professionnels et des résidents aussi » (participant n°11)*

Cela pourrait aussi passer par une extension de ses domaines d'application. (Cité par 7 participants)

*« On peut rêver effectivement de faire des échographies » (participant n°5)*

*« Les infirmières le week-end qui se retrouvent face à un résident qui a chuté, qui a très mal à un membre, qui est un peu déformé. Elles ne savent pas si c'est cassé ou pas, est-ce qu'il faut l'envoyer aux Urgences ou pas [...] L'observation, de l'aspect du membre. Est-ce que ça ne pourrait pas permettre d'orienter vers la bonne conduite à tenir ? Je vous envoie une ambulance ou pas ? Ou non on fait cela » (participant n°4)*

*« Une télémédecine nationale pour avoir une expertise un samedi après-midi ou un dimanche après-midi sur une situation donnée » (participant n°1)*

Pour pallier un autre frein majeur, un investissement accru dans les moyens liés à la téléconsultation, tant pour les patients que pour les professionnels de santé, constituerait une avancée significative. (Cité par 6 participants)

*« Mettons les moyens dans les EHPADs pour que les gens ne soient plus dans la culpabilité et dans les conflits de valeurs. Mettons les moyens pour que les spécialistes soient disponibles pour la télémédecine en fait » (participant n°7)*

*« On veut une expertise spécifique [...] On veut un Cardiologue, Dermatologue, ORL...etc » (participant n°1)*

*« Avoir du budget pour avoir un ordinateur portable » (participant n°11)*

Pour une meilleure diffusion, les soignants demandent des outils plus ergonomiques, facilitant ainsi leur adoption. (Cité par 2 participants)

*« Dommage qu'on n'ait pas au niveau des logiciels de soins, en tout cas sur Osiris un accès direct à la télé médecine [...] cela éviterait de ressaisir ou permettre de scanner des comptes-rendus » (participant n°9)*

Il est indéniable que les technologies vont évoluer avec le temps. Suivre l'avancée de ces dernières pour la téléconsultation sera l'assurance de pouvoir répondre à de nouveaux besoins. (Cité par 8 participants)

*« La technologie va évoluer et va nous permettre d'être beaucoup plus fiable par rapport aux besoins des spécialistes » (participant n°9)*

Une autre demande majeure des soignants est d'éviter au maximum les hospitalisations de leurs résidents. (Cité par 1 participant)

*« En permanence la réflexion c'est, il faut à tout prix qu'on évite l'hospitalisation, sans le recours par les urgences » (participant n°11)*

Enfin, la perte des échanges avec le monde hospitalier a été très mal vécue. Les professionnels de santé souhaitent renforcer les synergies entre les différents acteurs pour renouer des liens forts et constructifs. (Cité par 2 participants)

*« Recréer du lien EHPAD – Hôpital qui à l'heure actuelle quand on n'a pas » (participant n°11)*

L'ensemble des résultats présentés met en évidence la richesse des échanges entre les participants tout au long des entretiens.

## IV. Discussion

---

### IV.1. Choix de la méthode

L'objectif principal de cette étude était de décrire les freins et les attentes des soignants vis-à-vis de l'usage des outils de téléconsultation pour les patients dans les EHPAD en Haute-Vienne, dans le cadre d'une étude ancillaire à l'essai GERONTACCESS.

De plus, notre revue de littérature a révélé un manque de recherches françaises récentes sur ce sujet précis.

Nous avons donc choisi de mener une analyse qualitative inspirée de l'approche phénoménologique pour permettre d'explorer cette expérience vécue.

Dans ce type d'étude, l'analyse des données se fait en parallèle de leur collecte, permettant ainsi leur évolution constante.

De plus, son caractère itératif et son critère de validation interne garantissent la rigueur scientifique de notre recherche.

### IV.2. Modèle explicatif et carte conceptuelle

#### IV.2.1. De l'accessibilité des soins à la Téléconsultation

La diversité des soins spécialisés cités par les participants illustre la complexité et la spécificité de la population en EHPAD. Ces soins sont médicaux mais aussi paramédicaux, évoluant au fil du temps en fonction des besoins et de l'offre.

Les motifs sont extrêmement variés, à l'image de la population soignée.

Dans l'idéal, pour assurer une prise en charge optimale, les soignants d'EHPAD devraient avoir accès aisément à ces spécialités pour leurs résidents. Malheureusement, la réalité décrite dans les échanges montre toutes les difficultés que peuvent rencontrer ces soignants dans leurs missions de soins du quotidien.

Des causes ont pu être identifiées par les intervenants, telles que les comorbidités des patients, la problématique du transport ou encore l'accessibilité. Le médecin consulté comme le consultant peuvent aussi y mettre des freins quand ce n'est pas la famille qui bloque.

Cette difficulté d'accessibilité n'est pas sans conséquences autant pour le patient, pouvant être préjudiciable à sa santé, que pour le soignant sur ses conditions de travail. La famille peut aussi se manifester face au délai et aux difficultés pour obtenir des rendez-vous chez les spécialistes.

Cette pression s'accumulant devient délétère notamment sur la communication entre l'ensemble des acteurs.

Des solutions locales sont parfois mises en place en fonction des organisations de chaque établissement, pour tenter de contourner ces difficultés, tout en restant des solutions précaires.

Selon les établissements, certains spécialistes sont facilement accessibles, ou bien des compétences propres permettant d'être à l'aise dans certaines situations, ainsi moins sujettes aux difficultés d'accès.

Dans ce contexte, la téléconsultation, en pleine émergence, peut jouer un rôle déterminant pour y faire face, alors que le système de santé est sous une tension multifactorielle et croissante.

Le matériel nécessaire peut être autant basique que diversifié. De l'équipement fixe à l'équipement mobile, il peut être très large pour s'adapter à une multitude de situations même si un simple ordinateur avec une caméra et un microphone permettent de faire de la téléconsultation.

La préparation, parfois importante ou fastidieuse, est un temps à ne pas négliger afin de réunir les conditions optimales à un bon déroulement de la téléconsultation.

La téléconsultation reprend les codes de la consultation classique mais avec ses spécificités. On retrouve l'interrogatoire, l'examen, la synthèse et la proposition thérapeutique avec un suivi si besoin. A l'inverse, le vécu du résident, la présence d'un soignant et son intégration dans le fonctionnement global de l'EHPAD en font ses spécificités.

Son émergence n'est pas sans incidence sur l'organisation globale du système de soins et notamment sur ses relations avec la médecine de ville.

Ce travail étant ancillaire de l'étude GERONTACCESS, des expériences ont été recueillies même si les participants réels étaient minoritaires parmi l'échantillon constitué.

Les participants reconnaissent unanimement que la téléconsultation n'est pas la solution miracle aux difficultés d'accès aux soins et qu'elle ne remplacera pas tout ce qui se pratique jusqu'à maintenant. D'autant plus que certaines spécialités ne sont pas adaptées à cet outil.

La téléexpertise, qui n'est pas l'objet principal de ce travail de recherche, est parfois présentée par les participants en complément ou en remplacement de la téléconsultation.

Dans un travail de recherche de 2018 du Dr HALLER, les avis aux spécialistes sont décrits comme « facilement accessibles ». Ces travaux s'intéressant au secteur girondin et uniquement auprès de médecins généralistes peuvent expliquer cette différence des données par rapport au travail actuel. (34)

#### **IV.2.2. La Téléconsultation en pratique, le retour d'expérience**

La description de la téléconsultation réalisée antérieurement permet de faire ressortir les expériences des utilisateurs.

Les sentiments positifs sont principalement liés à la montée en compétence des soignants et au lien recréé avec le monde hospitalier, impactant positivement la qualité de la prise en charge et des conditions de travail avec un outil utile et facilitateur, notamment sur le gain de temps. La première expérience est parfois déterminante pour la poursuite de son usage ou non.

A l'inverse, les sentiments négatifs sont majoritairement dominés par le manque de moyens en EHPAD et le faible nombre de spécialistes proposant peu de créneaux. Cela revient bien souvent à un problème financier sous-jacent, entraînant la faible fréquence d'utilisation de

l'outil. Ce qui conduit à mettre les équipes en échec, dégradant la qualité de vie au travail des soignants et étant source de frustration.

#### **IV.2.3. La Téléconsultation en pratique, des avantages aux freins en EHPAD**

Les avantages décrits par les participants, pour une meilleure compréhension, sont classés selon que le bénéfice soit principalement pour le patient, le soignant ou l'aspect technique pur.

Ces avantages de la téléconsultation découlent de la description que les intervenants ont faite précédemment.

Un des bénéfices majeurs de la téléconsultation pour le patient est l'absence de transport avec sa cohorte de fatigue et de stress liés au déplacement. Cela est d'autant plus appréciable pour les résidents porteurs de troubles, notamment cognitifs, puisqu'ils restent dans un environnement familier ou avec la population environnante habituelle sans impacter la qualité de l'échange ni de la prise en charge. De plus, en étant au plus près de la situation clinique réelle, la réponse thérapeutique est pertinente et adaptée, pouvant aller jusqu'à une hospitalisation si besoin.

Pour le soignant, un principal bénéfice est le gain de temps par rapport à une prise de rendez-vous classique, avec une prise en charge thérapeutique adaptée. Un autre avantage particulièrement apprécié est le lien qu'a recréé la téléconsultation, notamment entre EHPAD et monde hospitalier. Cela est particulièrement retrouvé auprès des participants de l'étude GERONTACCESS alors que ce n'était pas particulièrement attendu.

La téléconsultation, en offrant une diversité de pratiques et en palliant certaines difficultés des soignants, améliore globalement le cadre de travail de ces derniers. Ils expriment ainsi moins de stress et de culpabilité.

L'ouverture sur l'extérieur est en pratique assez peu répandue même si, sur le papier, le potentiel est grand.

La famille, parfois aussi âgée, peut souvent plus facilement assister à une téléconsultation en EHPAD qu'à une consultation classique, d'autant plus si elle est éloignée.

Les outils de téléconsultation permettent également d'améliorer la qualité du dossier médical, qui devient plus complet et exhaustif mais aussi la qualité des transmissions. En parallèle, les comptes-rendus sont plus facilement disponibles, accessibles et complets, ce qui améliore le suivi des résidents.

En s'appuyant sur les dernières technologies, les outils s'améliorent et s'adaptent à de nouveaux besoins sans négliger la qualité des données cliniques et biométriques recueillies.

Les usagers de la téléconsultation constatent cette amélioration des outils, notamment sur la fiabilité.

La téléexpertise est décrite par les participants comme intéressante par sa complémentarité à la téléconsultation. Ce temps indirect mais rapide de la téléexpertise permet de pallier des problématiques autant pour le consulté que le consultant.

La téléconsultation n'a jamais été présentée par les participants comme la clé de tous les maux. En effet, des freins existent à son utilisation en EHPAD. Ces limites sont à mettre en regard des avantages, alimentant la balance bénéfique/risque omniprésente dans la santé.

Tout d'abord, un certain nombre de spécialités ne sont pas éligibles à la téléconsultation. Dès qu'un geste technique ou physique est nécessaire à l'examen clinique, ce n'est pas possible, en tout cas pour le moment. On voit bien avec l'avènement des robots chirurgicaux, mais dans des conditions très particulières, la généralisation dans les soins courants semble encore loin.

Quand la spécialité est éligible, c'est parfois le manque de spécialistes équipés ou formés à la téléconsultation qui en est un frein. Après la croissance fulgurante liée à la période Covid-19, certaines pratiques de la téléconsultation se sont arrêtées pour revenir à l'état « pré-Covid ».

Dans des situations particulières, la téléconsultation a parfois majoré des troubles chez des résidents. Il est important d'en être conscient, même si les participants reconnaissent que c'est assez rare.

Pour le soignant, un des principaux freins reste l'aspect administratif et la préparation en amont, pouvant requérir une certaine organisation et un temps soignant dédié. A cela s'ajoute le fait que souvent les créneaux sont uniques donc à prendre ou à laisser, ne permettant pas forcément de s'intégrer dans l'organisation globale de l'EHPAD. C'est encore plus difficile avec des personnels non ou mal formés et parfois peu à l'aise avec l'outil informatique. La rotation du personnel s'ajoute aux difficultés précédemment évoquées.

Pour l'EHPAD, dont le budget est serré, le coût du matériel s'ajoute au coût des ressources humaines. Les aides des autorités sont faibles ou inexistantes. Même si les matériels sont moins onéreux qu'auparavant, cela reste un investissement dans un contexte déjà contraint et pas toujours une priorité pour les directions.

Alors que ce n'était pas forcément le cas il y a quelques années, les participants ont le ressenti qu'avec le temps moins de spécialistes sont accessibles en téléconsultation, freinant son usage au quotidien.

Aussi, la famille peut être réticente à la téléconsultation même si fréquemment elle change rapidement d'avis après avoir constaté par elle-même la plus-value de cet outil.

La panne technique reste le principal frein lié à l'outil en lui-même. Le bug informatique comme la coupure réseau peuvent toujours survenir même si les participants reconnaissent qu'elles sont moins fréquentes qu'auparavant et que des solutions de secours peuvent être prévues. En relativisant, en dehors de la téléconsultation, dans toute infrastructure avec un ordinateur, une panne peut survenir.

L'harmonisation et l'ergonomie des outils sont d'autres freins qui peuvent être améliorés.

Ces inconvénients contrebalancent les avantages, il faut donc essayer de convertir un inconvénient en un avantage. Ainsi, limiter au maximum les inconvénients pour essayer de tendre vers uniquement des avantages et faire croître la fréquence d'utilisation de cet outil qui reste faible.

Même s'il n'existe pas de données scientifiques spécifiques au sujet traité dans ce travail, des éléments parcellaires peuvent être discutés.

Concernant les avantages et les freins à la pratique de la téléconsultation, des idées similaires sont retrouvées, hors spécificité EHPAD ou médecine de ville, dans le travail du Dr SAN JUAN (38), du Dr DZOMO KAMBOU (40) ou encore du Dr LOISEAU (39).

Le travail du Dr DIDIER, étudiant le territoire lorrain, objective des avantages et des freins similaires. (52)

Mais aussi dans les travaux des Dr NADOLNY et Dr RAHUEL, cette fois, plus généralistes sur la télé médecine. (57)

Dans le travail du Dr CAYLAR, les limites de la télépsychiatrie décrites rejoignent des freins en lien avec la population d'EHPAD. (45)

Le travail du Dr HALLER, plus spécifique au milieu de l'EHPAD, retrouve des idées communes (34), il en est de même pour le travail du Dr DELEPINE s'intéressant au territoire de l'Indre et Loire (35).

#### **IV.2.4. La Téléconsultation, et après ?**

Les sentiments exprimés par les soignants d'EHPAD, utilisateurs de la téléconsultation, sont globalement en corrélation avec les freins et avantages précédemment décrits. Un bénéfice est synonyme de sentiment positif et, à l'inverse des difficultés sont synonymes de ressenti négatif.

En recueillant les expériences au plus près des soignants d'EHPAD, ce travail de recherche a permis aussi d'écouter leurs attentes et demandes au sujet de la téléconsultation dans leurs établissements.

On pourrait résumer leurs demandes en « solutionner les freins tout en conservant les avantages ». Les demandes d'amélioration concernent l'augmentation des spécialistes et des créneaux disponibles.

L'accès à des spécialistes de pointe, nationaux, est aussi une piste d'amélioration, même s'il ne faut-il pas prioriser et avoir d'abord plus de « spécialistes classiques » ?

Le passage à la téléexpertise est aussi une demande, mais qui revient à être une conséquence du manque de spécialistes et de créneaux. Donc, ce ne serait non pas une solution qui traite la cause, mais la conséquence.

La demande d'extension des applications est prometteuse sur le papier, mais encore une fois, ne faut-il pas prioriser ce qui se fait déjà mais peu, plutôt que ce qui ne se fait pas encore ? Un autre point de vue serait de se dire que plus le panel offert par la téléconsultation est vaste, plus elle est attractive et donc plus elle sera susceptible d'être utilisée et donc de se développer.

L'amélioration de l'ergonomie des outils vient compléter les demandes des soignants. Cela encouragerait son utilisation régulière afin de redynamiser la téléconsultation.

La création d'une collaboration renforcée et le renforcement des liens entre ville et hôpital sont des demandes des soignants d'EHPAD.

La demande finale de tout cela restant la prise en charge optimale du résident pour éviter les hospitalisations en recréant des liens avec le monde hospitalier. Le nerf de la guerre reste bien souvent les moyens mis à disposition face aux coûts de ces outils.

Dans un travail de recherche datant de 2018, du Dr HAW-SHING, l'ouverture sur la ville de la télé-médecine était déjà une perspective d'avenir. (36)

Certaines perspectives d'avenir du travail du Dr HALLER rejoignent les résultats actuels. (34)

#### **IV.2.5. La carte conceptuelle**

La carte conceptuelle met en lumière toutes les connexions établies par les soignants d'EHPAD, depuis les soins spécialisés nécessaires pour leurs résidents jusqu'aux perspectives de la téléconsultation. Ce parcours est étroitement lié au temps et à la richesse du collectif, qui a apporté de nombreuses idées. Il me semble essentiel de résumer ce cheminement de manière synthétique à travers cette conceptualisation, essentiel pour mieux appréhender les enjeux actuels et futurs de la téléconsultation en EHPAD.

Elle est présentée en annexe 12.

#### **IV.3. Analyse matricielle**

Cette analyse consiste à croiser les données socio-démographiques, préalablement recueillies grâce à la fiche signalétique, avec le poids des idées exprimées, c'est-à-dire la fréquence de citation d'une idée ou d'un code.

Pour une meilleure lisibilité, l'analyse matricielle sera illustrée sous forme de tableaux pour certains thèmes.

L'agencement reprend les six thèmes issus du codage thématique. Afin de faciliter la lisibilité, le thème n°1 est décliné en quatre sous-thèmes.

Pour rappel, les caractéristiques des participants recueillies sont : genre, âge, profession, durée d'exercice dans la profession, durée d'exercice dans la structure, lieu d'exercice, type d'exercice, nombre moyen de résidents dans la structure (annexe 5).

Cette approche permet d'identifier d'éventuelles corrélations entre les profils des participants et les idées qu'ils expriment. Ainsi, si certaines idées sont plus citées, par exemple par le genre féminin ou par une profession particulière, ou s'il y a une influence de la durée d'exercice, l'analyse matricielle permettra de le mettre en évidence.

Les chiffres indiquent le nombre de références associées à chaque code.

Plus le chiffre est élevé, plus l'idée a été exprimée. Afin de simplifier la lecture et d'obtenir une vue d'ensemble plus claire, un code couleur a été appliqué. La couleur verte signale une fréquence de citation plus élevée, tandis que le rouge indique une fréquence plus faible. L'intensité de la couleur est proportionnelle au poids accordé aux idées.

Avec un sex-ratio de deux femmes pour un homme, l'analyse selon la caractéristique « genre » peut être biaisée par une surreprésentation dans l'échantillon.

Une pondération aurait été tentante à appliquer pour essayer d'isoler d'éventuelles tendances des répondants. Cependant, afin d'éviter toute extrapolation induite des résultats, nous avons délibérément opté pour une analyse non pondérée des données. Cette approche est en ligne avec les principes fondamentaux de la méthodologie qualitative.

A noter que le lieu d'exercice n'est pas discriminant, la totalité de notre échantillon étant rural. L'influence d'une typologie urbaine pourrait être une piste à explorer pour de futurs travaux.

#### **IV.3.1. Les soins spécialisés**

Parmi les soins spécialisés, on constate que les hygiénistes sont cités cinq fois plus souvent par les hommes. Les gériatres et les professionnels de l'ARS sont, quant à eux, cités quatre fois plus souvent par les participants masculins. Le ratio passe à deux pour la gastroentérologie et les orthopédistes. Les résultats ne révèlent aucune tendance claire en fonction de l'âge.

Les hygiénistes sont plus fréquemment mentionnés par les soignants médicaux que par les paramédicaux. À l'inverse, les transports sont davantage rapportés par les paramédicaux. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la gestion des transports relève plus spécifiquement des compétences de l'équipe paramédicale, et par une possible surreprésentation de cette dernière dans notre échantillon.

La durée d'exercice dans la profession « moyenne » (11 – 24 ans) est associée à deux fois plus de références que les deux autres classes, sans noter de tendance spécifique sur une spécialité en particulier. Le fait que les catégories des « ≤ 10 ans » et des « ≥ 25 ans » s'expriment moins pourrait s'expliquer par une sortie des études plus récente pour la première et par plus d'expérience pour la seconde.

Les participants exerçant depuis 2 ans ou moins dans une structure semblent citer trois fois plus les spécialistes que ceux exerçant depuis 10 ans ou plus dans la même structure. Donc, le fait d'être arrivé récemment dans une structure semble être associé à une sollicitation plus importante des spécialistes. L'expérience locale, avec une meilleure connaissance du bassin de population et des spécificités du terrain avec le temps, peut en être une explication.

Concernant le type d'exercice, certaines spécialités sont citées davantage dans les groupes « TC+ » (GA+ ou GA-) par rapport aux « TC- ». C'est le cas, par exemple, pour les dentistes, les dermatologues, la radiologie ou encore pour les plaies et cicatrisations. On aurait pu penser que cela vient du fait que ces spécialités sont adaptées à la téléconsultation, mais la dentisterie infirme cette hypothèse. Cependant, le groupe « TC+ » représente près de 83 % de l'échantillon, ce qui peut fausser cette interprétation.

Enfin, l'analyse selon le nombre de résidents ne dégage pas de tendance particulière. On aurait pu penser que plus il y a de résidents, plus la diversité des spécialistes est importante. Les critères d'admission en fonction de la taille des établissements peuvent expliquer cet équilibre global.

**Les spécialistes sollicités sont en lien avec les compétences propres des professionnels médicaux ou paramédicaux. Plus la durée d'exercice dans une structure est courte, plus le recours aux soins spécialisés est important.**

### IV.3.2. Les causes des difficultés d'accessibilité

L'âge des participants semble influencer certaines idées. Le délai d'attente pour un rendez-vous ou la situation financière des résidents sont plus souvent rapportés par les plus de 58 ans que par les moins de 50 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par une plus grande connaissance des attentes et des contraintes financières chez les soignants plus âgés, ayant vécu des périodes où les services publics étaient moins performants. Les générations plus jeunes, ayant grandi dans un contexte où l'accès était généralement plus rapide, pourraient être moins patientes face aux délais.

La difficulté du professionnel demandeur à solliciter l'aide d'un confrère est citée plusieurs fois par tous les moins de 58 ans alors qu'elle n'est absolument pas citée par les plus de 58 ans. Les « jeunes » semblent plus enclins à demander l'intervention d'un confrère. On peut l'expliquer par la montée en compétence ou par la simple personnalité du possible requérant.

La problématique des transports ainsi que l'accessibilité PMR de la consultation sont clairement plus citées par les cadres ou IDEc que par le médecin. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les médecins sont moins souvent confrontés à ces questions dans le cadre de leur pratique. Cette observation est cohérente avec une plus grande implication des cadres et des IDEc dans l'organisation pratique des consultations. Leur surreprésentation dans l'échantillon y contribue également.

La complexité des résidents est aussi plus relevée par les paramédicaux. La lourdeur des soins, pouvant être plus visible que la lourdeur médicale, en est probablement un argument.

Tableau 3 : Causes des difficultés d'accessibilité en fonction de la durée d'exercice dans la profession

Causes / Variables	Durée d'exercice dans la profession (années) = <ou=10 (5)	Durée d'exercice dans la profession (années) = 11-24 (4)	Durée d'exercice dans la profession (années) = >ou=25 (3)	Total (12)
Absence d'accompagnant	1	6	2	9
Lieu de consultation non accessible (PMR)	0	10	0	10
Problème de transport	6	13	3	22
Aidant & Famille	6	2	0	8
Medecin Demandeur	3	6	0	9
Medecin Expert	4	6	2	12
L'âge	2	1	1	4
Maladie chronique ou complexe	0	8	0	8
Situation--ressource financière	1	5	0	6
Trouble neurocognitif	0	15	1	16
Absence de rdv	1	4	2	7
Accès du secrétariat	3	3	3	9
Délai d'attente du rdv	6	16	8	30
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>95</b>	<b>22</b>	<b>150</b>

Les difficultés d'accessibilités semblent, au global, plus citées par les participants étant dans la profession depuis 11 à 24 ans. Cela est particulièrement marqué quand le résident a des troubles cognitifs. L'évolution du système de santé avec le temps peut être un argument. La durée d'exercice dans la structure ainsi que le type d'exercice ne semblent pas, quant à eux, influencer, cela est en faveur d'une causalité globale plus que locale.

A noter que la problématique des transports est plus citée par les participants utilisant la téléconsultation (sans influence d'une participation à GERONTACCESS ou non) que ceux ne l'utilisant pas. En l'absence de l'usage de la téléconsultation, le référentiel est biaisé, n'ayant pas vécu le bénéfice qu'a cet usage sur l'organisation du transport. Aussi, pour rappel, le groupe « TC+ » constitue près de 83 % de l'échantillon.

Enfin les causes des difficultés d'accessibilité semblent globalement moins relevées dans les « grands » établissements que dans les autres. Le fonctionnement inhérent à un grand nombre de résidents peut avoir poussé ces établissements à anticiper ces problématiques en développant des solutions et sont donc mieux « armés » pour y faire face.

Les participants de plus de 58 ans sont plus sensibilisés aux difficultés financières des patients et sollicitent moins les spécialistes. Le problème des transports est plus présent chez les cadres et les IDEc et dans les établissements qui utilisent la téléconsultation. L'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite (PMR) est davantage soulevée par les paramédicaux.

### IV.3.3. Les conséquences des difficultés d'accessibilité

Les soignants de sexe masculin s'expriment plus sur les conséquences négatives des difficultés de recours aux spécialistes d'organe.

Tableau 4 : Conséquences des difficultés d'accessibilité en fonction de l'âge

Conséquences / Variables	Age (années) = <50 (5)	Age (années) = 50-58 (5)	Age (années) = >58 (2)	Total (12)
Famille -- frustration et mécontentement des familles	0	1	0	1
Patient -- dégradation de l'état général avec un retard de prise en charge	9	12	11	32
Patient -- passage au SAU et ses effets	6	7	4	17
Patient -- trajet long et éprouvant	14	3	2	19
Soignant -- accompagnement des patients	3	2	0	5
Soignant -- comportement déviant (agress-manque empathie)	1	5	3	9
Soignant -- culpabilité et frustration	4	7	11	22
Soignant -- démarche inadaptée	4	4	1	9
Soignant -- perte de temps	9	10	7	26
Soignant -- ressentiment négatif	3	11	11	25
Soignant -- stratégie pour faire face	1	5	2	8
Complexité de la communication avec la famille	6	2	0	8
Dégradation de la communication entre Professionnels de Santé	17	8	0	25
Relation--confraternité entre Professionnels de Santé	6	9	3	18
<b>Total</b>	83	86	55	224

L'analyse montre que les soignants de plus de 58 ans semblent relever autant la dégradation de l'état général du résident lors d'un retard de prise en charge que le reste de l'échantillon, alors qu'ils sont moins nombreux. Ils semblent aussi exprimer plus de culpabilité. L'expérience est peut-être à nouveau une explication. A l'inverse, les trajets longs ou éprouvants pour les patients et la dégradation de la communication avec la famille, mais surtout avec les autres professionnels de santé sont nettement plus rapportés par les soignants de moins de 50 ans. L'impact générationnel peut expliquer cette tendance.

Comme pour les causes, des missions qui incombent davantage au personnel paramédical sont plus soulignées par ces derniers. C'est le cas des problèmes de communication, de la perte de temps ou encore de la culpabilité ou de la frustration.

La dégradation de l'état général avec un retard dans la prise en charge ou le passage au SAU semble aussi plus évoquée par le personnel paramédical, même si c'est moins marqué que pour les idées antérieures.

Tableau 5 : Conséquences des difficultés d'accessibilité en fonction de la durée d'exercice dans la profession

Conséquences / Variables	Durée d'exercice dans la profession (années) = <ou=10 (5)	Durée d'exercice dans la profession (années) = 11-24 (4)	Durée d'exercice dans la profession (années) = >ou=25 (3)	Total (12)
Famille -- frustration et mécontentement des familles	0	1	0	1
Patient -- dégradation de l'état général avec un retard de prise en charge	7	20	5	32
Patient -- passage au SAU et ses effets	3	14	2	19
Patient -- trajet long et éprouvant	8	10	0	18
Soignant -- accompagnement des patients	1	3	1	5
Soignant -- comportement déviant (agress-manque empathie)	1	6	1	8
Soignant -- culpabilité et frustration	4	16	2	22
Soignant -- démarche inadaptée	1	7	1	9
Soignant -- perte de temps	6	18	2	26
Soignant -- ressentiment négatif	2	15	9	26
Soignant -- stratégie pour faire face	1	6	1	8
Complexité de la communication avec la famille	3	4	0	7
Dégradation de la communication entre Professionnels de Santé	10	15	0	25
Relation--confraternité entre Professionnels de Santé	5	10	6	21
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>145</b>	<b>30</b>	<b>227</b>

A nouveau, les professionnels exerçant depuis 11 à 24 ans leur métier rapportent plus de références, globalement réparties sur l'ensemble des idées.

Les participants n'utilisant pas la téléconsultation expriment quasiment deux fois plus de culpabilité que les autres, bien qu'ils ne représentent qu'un peu plus de 16 % de l'échantillon. À l'inverse, ceux utilisant la téléconsultation (sans influence d'une participation à GERONTACCESS ou non) signalent davantage la dégradation de la communication entre les professionnels de santé. Le « biais de référentiel » et la surreprésentation dans l'échantillon peuvent à nouveau apporter une partie de la réponse.

Enfin, il semble que les établissements de taille moyenne rapportent un plus grand nombre de passages aux urgences pour leurs résidents ainsi qu'une dégradation de la communication entre les professionnels de santé, même si la faible taille de l'échantillon est à prendre en considération.

**La culpabilité face aux difficultés d'accessibilité aux soins est plus formulée par les participants de plus de 58 ans et ceux qui n'utilisent pas la téléconsultation. Les soignants de moins de 50 ans et ceux utilisant la téléconsultation signalent davantage la dégradation de la communication entre les professionnels de santé.**

#### IV.3.4. Les motifs des recours

Selon les données, les professionnels de santé masculins sollicitent davantage un suivi, une prise en charge ou des besoins liés aux pathologies émergentes ou rares, que leurs homologues féminines.

Les besoins liés à une pathologie émergente ou rare et les suivis semblent plus demandés par les soignants de 50 à 58 ans. Etant à distance des études et ayant habituellement moins d'expérience que les plus de 58 ans, cela peut expliquer cette orientation.

Aussi, les médecins semblent plus souligner les besoins liés à une pathologie émergente ou rare, probablement plus en première ligne face à ces problématiques que les paramédicaux. A noter que les suivis sont plus cités par les cadres par rapport aux IDEc.

Une nouvelle fois, les soignants exerçant depuis 11 à 24 ans leur métier ont le plus de références, principalement sur le suivi, les avis et les pathologies émergentes. Peut-on trouver une explication dans la relation au travail qu'a cette catégorie de la population ?

On retrouve la même tendance avec les soignants exerçant depuis 3 à 9 ans au sein d'un même établissement.

Tableau 6 : Motifs en fonction du type d'exercice

Motifs / Variables	Type d'exercice = GA+ / TC+ (6)	Type d'exercice = GA+ / TC- (2)	Type d'exercice = GA- / TC+ (4)	Type d'exercice = GA- / TC- (0)	Total (12)
Avis	4	4	7	0	15
Besoin lié aux pathologies émergentes ou rares	2	3	10	0	15
Dépistage	1	1	3	0	5
Domaine où le soignant manque de compétences	0	2	2	0	4
Suivi ou prise en charge	7	4	10	0	21
<b>Total</b>	14	14	32	0	60

A noter que les soignants n'ayant pas participé à GERONTACCESS (mais utilisant la téléconsultation) ont cité deux à trois fois plus les besoins liés à une pathologie émergente ou rare comme un motif, par rapport à ceux ayant participé à GERONTACCESS. L'expérience et les compétences acquises lors de l'essai sont peut-être un début d'explication à cette tendance.

Tableau 7 : Motifs en fonction du nombre de résidents

Motifs / Variables	Nombre moyen de résidents dans la structure = <80 (5)	Nombre moyen de résidents dans la structure = 80-150 (3)	Nombre moyen de résidents dans la structure = >150 (4)	Total (12)
Avis	6	1	7	14
Besoin lié aux pathologies émergentes ou rares	4	0	11	15
Dépistage	1	1	3	5
Domaine où le soignant manque de compétences	2	0	2	4
Suivi ou prise en charge	7	4	9	20
<b>Total</b>	20	6	32	58

Enfin, dans les grands établissements, les pathologies émergentes ou rares sont des motifs plus fréquemment cités, alors que les avis sont moins relevés dans les structures de taille moyenne. La typologie des patients accueillis dans ces établissements est susceptible d'influencer cette constatation.

**Les soignants âgés de 50 à 58 ans, ceux exerçant leur profession depuis 11 à 24 ans et ceux travaillant depuis 3 à 9 ans au sein du même établissement, citent davantage de motifs parmi lesquels on retrouve le suivi, les avis et les pathologies émergentes. Concernant GERONTACCESS, les professionnels qui n'y ont pas participé rapportent nettement plus de motifs de recours aux soins spécialisés.**

#### IV.3.5. La Téléconsultation, sa description

Des éléments descriptifs de la préparation ou du déroulement de la téléconsultation sont plus souvent cités par les professionnelles féminines, comme l'envoi d'éléments du dossier médical en amont, la préparation administrative, le besoin en personnel pour accompagner la téléconsultation ou encore la planification dans le service. Un biais de sélection en est possiblement à l'origine, avec une majorité de soignantes paramédicales féminines dans notre échantillon.

Les soignants de moins de 50 ans se sont exprimés environ deux fois plus que la population âgée de 50 à 58 ans. C'est notamment le cas pour le besoin de personnel en accompagnement d'une téléconsultation, la mise en place d'un environnement dédié, ou encore pour l'organisation du service. C'est aussi le cas d'éléments préparatoires comme les éléments du dossier en amont, la formation ou encore le turn-over important du personnel. Le biais lié au fait que la population de moins de 50 ans soit « TC+ » à 100 %, alors que les « TC+ » sont 50 % chez les plus de 58 ans, peut en être la cause. De plus, c'est quasi exclusivement la population de moins de 50 ans qui évoque l'expérience GERONTACCESS.

La description de la téléexpertise est majoritairement faite par la population de 50 à 58 ans.

A noter que les IDEc semblent décrire davantage les spécialités non éligibles à la téléconsultation. On n'objective pas d'autres tendances en fonction de la profession.

Plus le professionnel est « jeune » dans le métier, plus il semble décrire la téléconsultation. L'impact générationnel et un changement des pratiques sont possiblement des facteurs d'influence.

L'envoi d'éléments du dossier en préparation de la téléconsultation est quasiment cinq fois plus cité par les participants exerçant depuis longtemps au sein du même établissement ce qui peut s'expliquer par leurs compétences en la matière. La description de la téléexpertise est, elle, majoritairement citée par une population d'exercice moyen dans la même structure.

Le nombre de références est plus important auprès des participants ayant l'expérience de GERONTACCESS que chez ceux utilisant la téléconsultation mais sans cette expérience, cela concernant autant la préparation que le déroulement d'une téléconsultation. À l'inverse, les professionnels n'ayant pas participé à GERONTACCESS citent quatre fois plus la téléexpertise que le groupe « GA+ ».

On peut supposer que cet essai a apporté une diversité de situations par rapport aux autres, ce que l'on retrouve dans les échanges.

La description de la téléexpertise semble quatre à cinq fois plus importante dans les grands établissements. Elle est peut-être plus adaptée à l'organisation de ces structures. Les éléments préparatoires du dossier sont, eux, cités deux à trois fois plus au sein des petits établissements.

**Les professionnels qui décrivent le plus la téléconsultation sont ceux de sexe féminin, ceux âgés de moins de 50 ans et ceux qui exercent depuis le moins longtemps dans la profession. Les éléments préparatoires de la téléconsultation sont, quant à eux, surtout décrits par des soignants qui exercent depuis longtemps au sein de la même structure. Les professionnels qui ont participé à GERONTACCESS décrivent plus la téléconsultation, alors que ceux qui n'y ont pas participé et les établissements de grande taille décrivent plus la téléexpertise.**

#### **IV.3.6. Le vécu de la Téléconsultation**

Les participantes ont exprimé le sentiment d'appréhension et le coût, alors qu'il n'est pas du tout mentionné par les participants masculins. Parmi les sentiments positifs, l'acquisition de compétences est relevée plusieurs fois par les femmes, alors qu'elle n'est pas du tout citée par les hommes. La relation au travail pourrait expliquer cette observation.

Les participants de moins de 50 ans ont deux fois plus de références que les autres groupes. Le coût et la montée en compétence sont cités quatre fois plus par les moins de 50 ans par rapport aux autres. Pour le sentiment de ne pas avoir les moyens, l'aspect facilitateur et le renforcement des liens entre les professionnels, c'est deux fois plus. Les générations les « plus jeunes » peuvent avoir plus de facilité à évoluer ou être plus enclines à s'adapter.

L'absence d'accès à des spécialistes nationaux est uniquement mentionnée par les médecins. L'anticipation de la charge de travail est citée uniquement par les cadres de santé. L'appréhension, le changement de mentalité et la frustration sont uniquement mentionnés par les paramédicaux. Le coût est uniquement soulevé par les IDEc. Ces éléments peuvent s'expliquer par les missions incombant préférentiellement à l'effectif médical ou paramédical.

Le sentiment de ne pas avoir les moyens et l'aspect facilitateur sont mentionnés deux à trois fois plus par les IDEc. Le suivi de qualité est cité deux fois plus par les cadres que par les IDEc. Cette idée est évoquée uniquement par les paramédicaux.

Les participants exerçant la profession depuis moins de 10 ans représentent 52 % des références, 40 % pour ceux exerçant depuis 11 à 24 ans. Le besoin d'un changement de mentalité et la faible fréquence d'utilisation sont quatre fois plus rapportés par le groupe « 11 – 24 ans » par rapport à ceux exerçant depuis moins de 10 ans.

La frustration, l'aspect facilitateur et le suivi de qualité sont exprimés deux fois plus par ceux exerçant leur métier depuis moins de 10 ans par rapport au groupe « 11 – 24 ans ». Le ratio passe même à cinq pour la montée en compétences des soignants.

Le coût est uniquement mentionné par des soignants travaillant depuis plus de 10 ans dans le même établissement. La faible fréquence d'utilisation, la réticence et la facilité d'usage sont majoritairement mentionnées par ceux qui sont au sein de la même structure depuis 3 à 9 ans. L'aspect facilitateur est cité trois à quatre fois plus par les professionnels exerçant depuis plus de 10 ans dans une structure par rapport aux autres.

Le groupe « GA+ / TC+ » rapporte 61 % des références, celui « GA- / TC+ » 33 %. Le groupe « GA+ / TC- » cite près de deux fois plus l'anticipation de la surcharge de travail que le groupe « GA+ / TC+ » alors qu'ils sont trois fois moins nombreux. Une idée erronée de ce que nécessite la téléconsultation chez les professionnels qui ne la pratiquent pas pourrait en être une explication.

Le coût, le renforcement des liens interprofessionnels et la montée en compétence des soignants sont uniquement cités par le groupe « GA+ / TC+ ». La faible fréquence d'utilisation est soulignée majoritairement par le groupe « GA- / TC+ ». La frustration, elle, par le groupe « GA+ / TC+ ».

Le sentiment de ne pas avoir les moyens est cité à plus de 90 % par des participants utilisant la téléconsultation. Il en est de même pour l'aspect facilitateur, la facilité d'usage et le suivi de qualité.

La frustration semble être citée deux à trois fois plus dans les petits établissements que dans les autres. La réticence, la facilité d'usage, le sentiment d'utilité et le suivi de qualité, à l'inverse, semblent plus cités dans les grands établissements.

**L'acquisition de compétences est uniquement citée par les professionnelles féminines, principalement de moins de 50 ans. Alors que le coût n'est pas mentionné par les professionnels masculins, mais uniquement par des IDEc exerçant depuis plus de 10 ans dans le même établissement. Le sentiment du manque de moyens est, quant à lui, davantage exprimé par les soignants les plus jeunes, ainsi que par les IDEc et par les professionnels qui utilisent la téléconsultation.**

#### **IV.3.7. Les avantages de la Téléconsultation**

On constate que la grande souplesse des usages de la téléconsultation et l'amélioration constante des outils de cette dernière sont plus fréquemment citées par les hommes. Un début d'explication peut-il se trouver dans un rapport au patient différent entre hommes et femmes ?

L'avantage pour les familles et l'amélioration des soins sont des éléments particulièrement cités par les participants âgés de moins de 50 ans et de 50 à 58 ans, par rapport aux soignants âgés de plus de 58 ans. L'absence de déplacement, la relation renouvelée avec l'hospitalier, le gain de temps et la robustesse de la prise en charge sont surtout soulignés par des participants de moins de 50 ans.

L'avantage pour la famille et le gain de temps sont principalement cités par le personnel paramédical. L'absence de déplacement, l'amélioration des soins prodigués et la qualité des échanges sont citées équitablement entre toutes les professions. La robustesse de la prise en charge est surtout citée par les IDEc, il en est de même de la relation renouée avec le monde hospitalier. Encore une fois, les missions propres à certaines professions peuvent expliquer ces tendances.

Les avantages comme l'absence de déplacement, la robustesse de la prise en charge, l'amélioration des soins, le gain de temps, l'amélioration du dossier médical ou encore le bénéfice pour la famille sont principalement relevés par les soignants exerçant depuis moins de 10 ans et entre 11 et 24 ans dans la profession.

Ces mêmes avantages sont principalement soulignés par des participants qui exercent depuis 3 à 9 ans dans le même établissement, sauf pour la robustesse de la prise en charge et le gain de temps, qui sont plus souvent cités par les soignants exerçant depuis plus de 10 ans dans la même structure. A noter que les nouveaux arrivants (moins de 2 ans d'ancienneté) sont sous-représentés dans les réponses, malgré leur nombre plus important au sein du groupe.

Il semble que les participants à GERONTACCESS relèvent plus les avantages que les autres, notamment en ce qui concerne l'absence de déplacement du résident ou l'avantage pour la famille.

Enfin, le nombre de résidents ne semble pas influencer sur les données, si ce n'est qu'on observe un peu plus de réponses concernant l'amélioration des soins dans les grands établissements.

**L'absence de déplacement, l'amélioration des soins prodigués et la qualité des échanges sont cités équitablement par toutes les professions, par les soignants exerçant depuis moins de 10 ans et entre 11 et 24 ans et par ceux exerçant depuis plus de 10 ans dans la même structure. Les participants à GERONTACCESS évoquent plus les bénéfices de l'usage des outils de téléconsultation en EHPAD. Les IDEc évoquent particulièrement la robustesse de la prise en charge pour le résident.**

#### **IV.3.8. Les inconvénients de la Téléconsultation**

Le coût en ressources humaines pour les EHPAD et l'aisance en informatique sont cités six à dix fois plus souvent par les participantes féminines. La baisse du nombre de médecins disponibles, la panne informatique et les rendez-vous ratés ou en retard sont cités cinq fois plus par les soignantes féminines. Alors que le sex-ratio de mon échantillon est de deux femmes pour un homme.

Les enjeux médico-légaux sont, eux relevés six fois plus par la gent masculine.

Tableau 8 : Inconvénients en fonction de l'âge

Inconvénients / Variables	Age (années) = <50 (5)	Age (années) = 50-58 (5)	Age (années) = >58 (2)	Total (12)
Usage TéléCs - Inconvénient Famille	1	2	0	3
Difficulté pour recueillir le consentement	2	0	0	2
Faible nombre de professionnels formés ou équipés	4	2	2	8
Impératif contraignant face à des troubles spécifiques	18	7	1	26
EHPAD -- coût financier	6	3	3	12
EHPAD -- ressources humaines dédiées	27	6	5	38
Baisse du nombre de médecins disponibles	15	3	6	24
Contraintes administratives	6	7	0	13
Enjeux médico-légaux	1	2	4	7
Prérequis utilisateur avec aisance en informatique	21	2	1	24
Qualité de la formation	2	0	2	4
Rareté des créneaux disponibles	11	10	2	23
Rdv ratés ou en retard	5	4	2	11
Variabilité de l'EMPSA	3	2	2	7
Coupure	1	2	0	3
Disparité des solutions	4	0	0	4
Faible fréquence d'utilisation	13	5	0	18
Investissement du matériel	2	1	1	4
Limites en ergonomie et fonctionnalité	15	7	0	22
Limites sémiologiques	14	2	4	20
Panne informatique	8	2	1	11
Problème de connexion	8	6	1	15
<b>Total</b>	187	75	37	299

Plus de 63 % des références proviennent des participants de moins de 50 ans. Parmi les idées particulièrement citées par cette catégorie par rapport aux autres, il y a les contraintes face à des troubles spécifiques, le coût en ressources humaines pour la structure, l'aisance préalable en informatique, la faible fréquence d'utilisation ou encore les limites ergonomiques et sémiologiques.

La profession IDEc représente plus de 50 % des références et 21 % pour les cadres. Les idées les plus citées par ces deux professions sont le coût en ressources humaines, l'aisance en informatique conseillée, la baisse du nombre de médecins disponibles, les limites ergonomiques ou encore les contraintes face à des troubles spécifiques.

Le coût en ressources humaines pour la structure, la baisse du nombre de médecins disponibles, l'aisance en informatique nécessaire, les limites de l'ergonomie et l'aspect contraignant pour des résidents avec des troubles cognitifs sont principalement cités par des professionnels exerçant depuis moins de 10 ans et entre 11 et 24 ans dans le métier. Cette dernière catégorie souligne aussi particulièrement la rareté des créneaux disponibles.

Tableau 9 : Inconvénients en fonction de la durée d'exercice dans la structure

Inconvénients / Variable	Durée d'exercice dans la structure (années) = <ou=2 (5)	Durée d'exercice dans la structure (années) = 3-9 (4)	Durée d'exercice dans la structure (années) = >ou=10 (3)	Total (12)
Usage TéléCs - Inconvénient Famille	0	2	1	3
Difficulté pour recueillir le consentement	0	1	1	2
Faible nombre de professionnels formés ou équipés	2	2	4	8
Impératif contraignant face à des troubles spécifiques	6	12	8	26
EHPAD -- coût financier	5	4	3	12
EHPAD -- ressources humaines dédiées	13	7	19	39
Baisse du nombre de médecins disponibles	6	3	15	24
Contraintes administratives	2	11	2	15
Enjeux médico-légaux	4	3	0	7
Prérequis utilisateur avec aisance en informatique	5	2	17	24
Qualité de la formation	2	0	2	4
Rareté des créneaux disponibles	8	14	1	23
Rdv ratés ou en retard	4	2	5	11
Variabilité de l'EMPSA	2	4	0	6
Coupure	0	2	1	3
Disparité des solutions	2	0	2	4
Faible fréquence d'utilisation	5	5	8	18
Investissement du matériel	2	1	1	4
Limites en ergonomie et fonctionnalité	4	9	10	23
Limites sémiologiques	10	2	8	20
Panne informatique	1	2	8	11
Problème de connexion	1	10	4	15
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>98</b>	<b>120</b>	<b>302</b>

Ces mêmes idées sont rapportées principalement par des soignants travaillant depuis 10 ans ou plus dans le même établissement, cette catégorie ayant le plus faible effectif. À noter que l'aisance en informatique prérequis est évoqué deux à quatre fois plus par les professionnels exerçant depuis plus de 10 ans dans une même structure que les autres groupes, alors qu'ils sont les moins nombreux.

Les participants à l'essai GERONTACCESS rapportent près de 74 % des références. Les contraintes de la téléconsultation face à des troubles spécifiques sont citées près de deux fois plus par les « GA+ / TC+ » que par les « GA- / TC+ ». Il en est de même pour la ressource en personnel dédiée en EHPAD, de la limite de l'ergonomie, de la panne informatique ou encore de l'aisance conseillée en informatique. Le ratio monte à près de quatre concernant la baisse du nombre de médecins disponibles.

A l'inverse, la rareté des créneaux disponibles est quatre fois plus citée par le groupe « GA- / TC+ » que par le groupe « GA+ / TC+ », alors qu'ils sont légèrement moins nombreux.

Le coût en ressources humaines est mentionné près de deux fois plus dans les petits établissements par rapport aux moyens et trois fois plus par rapport aux grands établissements. L'organisation des établissements de petite taille, qui par définition ont moins d'effectifs, semble plus impactée pour dédier du personnel à la téléconsultation ou pouvant plus difficilement absorber cette organisation différente.

Concernant la baisse du nombre de médecins disponibles ou concernant l'aisance en informatique, les ratios sont identiques.

La rareté des créneaux disponibles est rapportée près de deux à trois fois plus dans les grands établissements par rapport aux autres. La faible fréquence d'utilisation est surtout mentionnée dans les petits établissements.

**Le coût, humain et financier, ainsi que les perturbations chez les résidents ayant des troubles neurocognitifs sous-jacents, sont majoritairement exprimés par les soignants les plus jeunes, par les paramédicaux et par ceux pratiquant la profession depuis moins de 24 ans, mais exerçant depuis longtemps dans le même établissement. La non-participation à GERONTACCESS augmente l'évocation de la rareté des créneaux disponibles. Le groupe « GA+ » relève surtout les inconvénients pour le patient ainsi que le coût humain et financier.**

### IV.3.9. Les perspectives de la Téléconsultation

L'accès à des expertises de pointe au niveau national est référencé près de seize fois plus par les participants masculins. Un biais de sélection en est à l'origine avec un participant particulièrement engagé sur cette demande. La collaboration renforcée entre les acteurs de l'écosystème de santé est citée près de quatre fois plus par les soignants masculins. Le fait d'éviter les hospitalisations au maximum pour les résidents est uniquement cité par des professionnels féminins. Redynamiser la téléconsultation est demandé davantage par les femmes que par les hommes, mais elles sont plus nombreuses dans l'échantillon.

L'investissement accru dans les moyens liés à la téléconsultation est demandé trois à quatre fois plus par les participants de plus de 58 ans que les autres. L'expérience acquise progressivement au fil des années, ainsi que le vécu de l'évolution du système de santé et des moyens successivement mis en place, peuvent nourrir une explication à cette tendance.

Les médecins semblent être plus demandeurs d'une collaboration renforcée entre les acteurs de l'écosystème de santé. L'hospitalisation qui doit être évitée au maximum est une demande uniquement des IDEc. L'IDEc souhaite davantage redynamiser la téléconsultation que les autres professions.

La collaboration renforcée entre les acteurs de l'écosystème de santé est mentionnée quatre fois plus par les professionnels exerçant depuis 11 à 24 ans leur métier par rapport à ceux exerçant depuis moins de 10 ans. L'extension des domaines d'application semble être moins une demande pour les soignants exerçant depuis 25 ans ou plus leur métier. Cette catégorie, plus proche de la fin de carrière que du début, pourrait être moins encline à multiplier les nouveaux champs de possibilités.

L'investissement accru dans les moyens liés à la téléconsultation et sa redynamisation semble plus une demande du groupe « 11 – 24 ans ».

Les soignants exerçant depuis une durée moyenne dans le même établissement représentent 90 % des références demandant une collaboration renforcée entre les acteurs de l'écosystème de santé. Le souhait d'une extension des domaines d'application est aussi majoritairement à l'initiative de ce groupe.

Le fait d'investir davantage dans les moyens semble plus une demande des soignants exerçant depuis moins de 2 ans dans leur établissement. Il en est de même pour redynamiser la téléconsultation.

Les soignants utilisant la téléconsultation représentent 95 % des références (50 % par ceux ayant participé à GERONTACCESS et 45 % par ceux n'ayant pas participé à GERONTACCESS). Les professionnels qui ne font pas usage de la téléconsultation se sont peut-être sentis gênés de s'exprimer sur les perspectives. Ils ont aussi possiblement moins d'idées car ils n'ont pas d'expérience sur l'outil.

La collaboration renforcée entre les acteurs de l'écosystème de santé et le fait d'éviter au maximum les hospitalisations sont principalement évoqués par le groupe « GA- / TC+ ». Aucun autre groupe ne cite le fait d'éviter les hospitalisations. Le groupe « GA+ / TC+ » demande environ trois fois plus de suivre l'avancée technologique et les nouveaux besoins que le groupe « GA- / TC+ ».

C'est au sein des grands établissements que la collaboration renforcée entre les acteurs de l'écosystème de santé est la plus évoquée. L'extension des domaines d'application est surtout demandée dans les petites et les grandes structures. Le fait de redynamiser la téléconsultation

est davantage demandé dans les EHPAD de taille moyenne. Enfin, les petits établissements souhaitent particulièrement suivre l'avancée technologique et les nouveaux besoins.

**L'investissement accru est davantage exprimé par les soignants les plus âgés de l'échantillon et préférentiellement en exercice récent au sein de la même structure. Les médecins expriment plus largement la volonté de renforcer la collaboration entre les professionnels de santé, c'est aussi le cas chez les soignants en exercice depuis 10 à 24 ans ainsi que de 3 à 9 ans au sein du même établissement. Les IDEc, de leur côté, souhaitent éviter au maximum les hospitalisations.**

**Les soignants qui n'utilisent pas la téléconsultation n'expriment quasiment pas de perspectives concernant cet outil. Au sein des soignants qui utilisent la téléconsultation, ceux qui n'ont pas participé à GERONTACCESS prônent davantage pour une collaboration renforcée entre les acteurs de santé. Les participants à GERONTACCESS sont plus axés sur les nouveaux besoins et le suivi des possibilités technologiques.**

#### **IV.4. Forces et Limites de l'étude**

##### **IV.4.1. Les Forces de l'étude**

L'analyse de la téléconsultation a fait l'objet de diverses études ces dernières années. Cependant, les thèmes explorés étaient souvent sur des usages spécifiques ou les données assez anciennes.

Paradoxalement, alors que la téléconsultation s'est énormément développée avec la pandémie de Covid-19, peu d'études se sont directement intéressées aux freins et attentes des soignants d'EHPAD concernant la téléconsultation. C'est dans ce contexte que notre recherche apporte un éclairage précis sur le sujet, en ne se contentant pas simplement d'une description, mais en explorant en profondeur les freins et les attentes.

Par ailleurs, notre choix d'étudier uniquement la Haute-Vienne vise à ancrer ce travail dans une perspective territoriale nous permettant de raisonner en termes d'espace vécu, qui avait bénéficié de l'expérience de l'étude GERONTACCESS.

Une force supplémentaire de notre étude réside dans notre méthode de recherche, celle de l'analyse qualitative phénoménologique adaptée à notre projet de recherche et explicite dans sa validation des résultats.

Ce type d'étude n'exige pas de représentativité, mais l'échantillon retenu était constitué d'une population diversifiée, favorisant l'émergence de perspectives multiples, sans cadre rigide imposé.

De plus, les séances d'entretiens collectifs semi-dirigés offrent plusieurs autres avantages :

- Elles permettent de collecter une grande quantité de données qualitatives en un temps réduit.
- En créant un environnement favorable, elles encouragent les interactions entre les participants qui, tour à tour, se questionnent et parfois même se contredisent, tout en

argumentant leurs opinions. Ce dynamisme de groupe favorise ainsi une diversité des réponses.

L'ensemble des contributions des participants, même les plus inattendues, sont accueillies et analysées de manière ouverte, favorisant ainsi une exploration approfondie des enjeux liés à la téléconsultation en EHPAD.

- En échangeant, certains participants ont revu leurs positions parfois issues de préjugés, favorisant ainsi la réflexivité.
- Les sujets tabous sont également plus facilement abordés dans le cadre des focus groupes, les participants se sentant plus à l'aise pour partager leurs expériences.

Le recrutement étant local, certaines personnes se connaissent, créant ainsi une convivialité.

Dans cette approche phénoménologique, la réalisation d'entretiens collectifs plutôt qu'individuels n'est pas une limite dans la mesure où l'expérience recherchée n'était pas liée à l'intimité du participant.

La notion d'anonymat permettait également la libre expression pendant les débats.

La validation par le comité d'éthique avait pour objectif de justifier la pertinence de la réalisation de ce projet et d'ouvrir la possibilité à une publication ultérieure par son respect des principes éthiques.

Bien que les affirmations immédiates soient limitées au groupe étudié, il est possible d'étendre ces affirmations par une généralisation théorique, en approfondissant le particulier pour atteindre des conclusions plus universelles.

Enfin, nous avons suivi les principes de triangulation de l'analyse pour renforcer la validité interne de notre étude, atténuant ainsi le risque de biais d'interprétation.

Le guide d'entretien n'a pas été modifié au cours de la recherche ce qui renforce la validité interne de notre travail.

#### **IV.4.2. Les Limites de l'étude**

Cependant, comme dans toute recherche qualitative, certains biais n'ont pas pu être maîtrisés.

Un biais de désirabilité sociale, pourrait avoir influencé leurs réponses, compromettant ainsi la neutralité des données collectées.

Le manque d'expérience et d'objectivité de l'enquêteur a pu introduire un biais dans l'analyse des données, en recherchant inconsciemment des informations confirmant les hypothèses initiales. La subjectivité est inhérente à cette méthode.

Le taux de personnel de l'époque GERONTACCESS encore en poste en 2024 étant faible, le recrutement a été fastidieux et l'exploration de cet essai s'en est trouvée impactée.

Afin de renforcer la richesse des données, il aurait été préférable que la participante de l'entretien individuel intègre un entretien collectif et que le treizième participant puisse y prendre part également.

Bien que les interactions de groupe constituent une richesse pour ce type d'étude, elles présentent également des limites. La formation de normes sociales au sein du groupe peut

influencer les réponses individuelles, tout comme la crainte du jugement des autres. De plus, certains participants peuvent monopoliser la parole, créant ainsi un déséquilibre dans les échanges. Si l'animation du groupe permet de limiter ces phénomènes, il reste essentiel de les garder à l'esprit lors de l'analyse des données.

Les résultats d'une étude phénoménologique sont parfois difficiles à généraliser à l'ensemble d'une population. Ils offrent plutôt une compréhension approfondie d'un phénomène dans un contexte spécifique.

Enfin, en se penchant sur des vécus anciens, tels que ceux liés à GERONTACCESS, nous sommes confrontés à la problématique du biais de mémorisation, qui tend à favoriser le rappel d'événements particuliers au détriment d'autres.

#### **IV.5. Les Perspectives de cette étude**

L'objectif de cette étude était d'explorer de nouvelles données : les freins et les attentes des soignants vis-à-vis de l'usage des outils de téléconsultation pour les patients, dans les EHPAD en Haute-Vienne.

Ces données viennent compléter celles de l'étude GERONTACCESS dans le cadre d'une recherche ancillaire.

La démarche méthodologique utilisée a donc été inductive. Ainsi, les résultats obtenus doivent être considérés comme des pistes de recherche ultérieures plutôt que des conclusions fermes et définitives.

Dans cette étude les soignants dans les EHPAD en Haute-Vienne ont clairement identifié les nombreux avantages de l'outil ce qui va dans le sens de l'acceptabilité. Concernant la faisabilité, ces professionnels ont déjà défini des objectifs de la téléconsultation : la réduction du nombre d'hospitalisations et le renforcement de la collaboration entre les EHPAD et les professionnels de santé de proximité.

En demandant l'augmentation des moyens disponibles, du nombre de créneaux accessibles ou encore d'un accès facilité à des expertises de pointe, ils proposent des ressources pour y arriver. Le cadre y est également posé comme par exemple la réalisation d'un premier contact en présentiel, l'amélioration de l'ergonomie de l'outil ou le suivi des avancées technologiques pour élargir les domaines d'application.

En agissant sur ces éléments le déploiement sur un territoire plus large est facilité. Le passage de la téléconsultation à la téléexpertise permettrait également d'atténuer les inconvénients organisationnels et d'apporter une flexibilité accrue pour les soignants.

## Conclusion

---

L'intégration de la téléconsultation dans les EHPAD représente un enjeu majeur pour optimiser l'organisation du système de santé et faciliter l'accès aux soins. La crise de la Covid-19 a favorisé une adoption massive de la télémédecine en France.

Après la réalisation de l'essai GERONTACCESS, démontrant la réduction du nombre de résidents hospitalisés de façon non programmée, mais aussi le gain en termes de coûts sur les hospitalisations évitées et le délai de survenue de la première chute retardé. Il était important d'approfondir la réflexion sur la téléconsultation en EHPAD en explorant l'acceptabilité et la faisabilité par les soignants. Cette étude qualitative, avec une optique interprétativiste, a eu pour objectif de décrire les freins et les attentes des soignants vis-à-vis de l'usage des outils de téléconsultation pour les patients, dans les EHPAD en Haute-Vienne. Afin d'y répondre, nous avons tout d'abord présenté le contexte général avec les difficultés d'accessibilité aux spécialistes pour les résidents en EHPAD. Nous avons ensuite décrit la téléconsultation et recueilli les ressentis des soignants à cet outil. Puis, nous avons abordé les avantages et les inconvénients du point de vue des soignants d'EHPAD. Enfin, nous avons recueilli leurs demandes afin d'améliorer cet usage.

Notre étude a montré que l'accessibilité des soins spécialisés en EHPAD est hétérogène, à l'image de la population soignée, avec une diversité d'intervenants et de motifs. Le cardiologue, l'ophtalmologue, le dermatologue ou encore le dentiste sont les plus cités. Ces difficultés sont souvent en lien avec les comorbidités du patient, mais aussi de plus en plus avec les problématiques de transport ou d'accessibilité des lieux de consultation. Le manque de professionnels de santé s'ajoute aux difficultés précédentes, entraînant des délais importants pour obtenir un rendez-vous. Cette situation n'est pas sans conséquence, notamment pour le patient, avec un risque de retard de prise en charge dégradant son état de santé. C'est également une source de perte de temps pour les soignants.

La description des équipements de téléconsultation va du simple ordinateur portable ou tablette à la salle dédiée avec des caméras multiples et de larges écrans. L'équipement se choisit selon l'usage et l'organisation retenus par les utilisateurs. Une bonne préparation est indispensable pour une téléconsultation judicieuse et de qualité.

Les expériences positives particulièrement décrites sont le gain de temps, la possibilité d'un suivi de qualité, l'acquisition de compétence des soignants et le renforcement des liens entre les professionnels.

A contrario, les principales expériences négatives sont liées au sentiment de ne pas avoir les moyens, au coût et à l'appréhension face à la peur de l'inconnu.

Les principaux avantages de la téléconsultation pour le patient sont l'absence de déplacement, particulièrement pertinente chez les résidents ayant des troubles neurocognitifs, et l'amélioration des soins proposés. Pour les soignants, ils retrouvent une relation privilégiée avec les établissements hospitaliers ainsi que la possibilité d'avoir une discussion collégiale. Ils apprécient le gain de temps et la possibilité d'ouverture sur l'extérieur. La participation plus facile des familles est un autre avantage. L'apport technique sur le dossier médical, la qualité des outils et une évolutivité selon les dernières avancées technologiques sont des bénéfices supplémentaires.

Le coût humain et matériel constitue l'un des plus gros freins à la téléconsultation. La panne technique, bien que moins fréquente qu'il y a plusieurs années, reste un autre inconvénient

majeur de l'outil. Le faible nombre de professionnels de santé formés et équipés, entraînant une faible quantité de créneaux disponibles pour la téléconsultation, constitue un frein à son déploiement. L'usage nécessite une certaine maîtrise de l'outil informatique ou, à minima, une formation de qualité, ce qui n'est pas toujours le cas, constituant ainsi un frein à son utilisation et impactant son ergonomie. Cela aboutit à sa faible fréquence d'utilisation. Parfois, c'est la situation clinique elle-même qui n'est pas adaptée, quand un examen ou une exploration physique est nécessaire.

En s'appuyant sur une acceptabilité positive des outils de téléconsultation par les soignants d'EHPAD, le déploiement à plus grande échelle peut être envisagé pour ces derniers. Ils sollicitent même ce développement en se fixant des objectifs tels que la limitation des hospitalisations pour les patients mais aussi le renforcement de la collaboration entre les EHPAD et les professionnels de santé de proximité. Ces professionnels proposent également des moyens pour y parvenir, notamment par l'augmentation des moyens investis et du nombre de créneaux disponibles, ainsi que par un accès facilité à des expertises de pointe. L'ouverture sur l'extérieur qu'offre la téléconsultation complète les ressources suggérées. Les participants vont même jusqu'à définir des modalités associées, comme la réalisation d'un premier contact en présentiel, et l'amélioration de l'ergonomie de l'outil tout en suivant les avancées technologiques pour élargir les domaines d'application et inciter à une utilisation régulière. Le passage de la téléconsultation à la téléexpertise permettrait également d'atténuer les inconvénients organisationnels et d'apporter une flexibilité accrue pour ces soignant.

Répondre à ces demandes sera l'une des clés pour déverrouiller la démocratisation de la téléconsultation en EHPAD.

## Références bibliographiques

---

1. Philippot D. L'Observatoire de l'accès aux soins – Vague 2 [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2075-1-study\\_file.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2075-1-study_file.pdf)
2. Gayot C, Laubarie-Mouret C, Zarca K, Mimouni M, Cardinaud N, Luce S, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a telemedicine programme for preventing unplanned hospitalisations of older adults living in nursing homes: the GERONTACCESS cluster randomized clinical trial. *BMC Geriatr.* déc 2022;22(1):1-9.
3. Hospital C. UniSante FR. UniSante FR | Panorama 2021 des EHPAD. Disponible sur: <https://www.uni-sante.fr/actualites/panorama-ehpad-2021>
4. Codet-Boisse M. France 3 Nouvelle-Aquitaine. 2022. Haute-Vienne, Corrèze et Creuse : une centaine d'Ehpad publics et très peu d'établissements privés à but commercial. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/haute-vienne/haute-vienne-correze-et-creuse-une-centaine-d-ehpad-publics-et-tres-peu-d-etablissements-privés-a-but-commercial-2452272.html>
5. Gouv.Fr. Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), liste par département [Internet]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/undefineddepartements>
6. INSEE. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur: [https://statistiques-locales.insee.fr/index.php#c=indicateur&i=rp.pnn\\_pop75p\\_&s=2021&selcodgeo=23&t=A01&view=map2](https://statistiques-locales.insee.fr/index.php#c=indicateur&i=rp.pnn_pop75p_&s=2021&selcodgeo=23&t=A01&view=map2)
7. Gouv.Fr. Valeurs moyennes du GIR moyen pondéré par département (GMP) - data.gouv.fr [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/valeurs-moyennes-du-gir-moyen-pondere-par-departement/>
8. Reynaud F. Les dossiers de la DREES : Le taux d'encadrement dans les Ehpad. Ses déterminants et ses alternatives [Internet]. DREES; 2020 p. 38. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>
9. Balavoine A. Etudes & Résultats : Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019 [Internet]. DREES; 2022 p. 8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>
10. Gouv.Fr. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
11. Dr Arnault F. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE (situation au 1er janvier 2023) - CNOM. 2023;137.
12. Le Breton-Lerouvillois G, RAULT JF. La démographie médicale : En Région Limousin. Situation en 2015 [Internet]. CNOM; 2015 p. 65. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hv1wl4/atlas\\_limousin\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hv1wl4/atlas_limousin_2015.pdf)
13. FHF. PREMIÈRE ÉDITION DU « BAROMÈTRE DE L'ACCÈS AUX SOINS » : Évolution de l'activité hospitalière et accès aux soins depuis le Covid : mutation des prises en charge ou bombe à retardement de santé publique ? [Internet]. FHF; 2024. Disponible

sur: [https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-03/202403\\_FHF\\_Synth%C3%A8seBarom%C3%A8tre\\_VDEF\\_0.pdf](https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-03/202403_FHF_Synth%C3%A8seBarom%C3%A8tre_VDEF_0.pdf)

14. Aubert JM. Etudes & Résultats : Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad [Internet]. DREES; 2018 p. 6. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er\\_1067.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf)
15. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
16. HAS. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. 2011 p. 41. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage\\_telemedecine\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf)
17. JORF. Article 78 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/JORFARTI000020879771/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000020879771/)
18. JORF. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. 2010-1229 oct 19, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022932449>
19. DGOS. Télésanté - Infographie generale [Internet]. 2022. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_tls\\_-infographie-generale\\_mai\\_2022.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_tls_-infographie-generale_mai_2022.pdf)
20. ASIP Santé. Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine. Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://industriels.esante.gouv.fr/sites/default/files/media/document/ASIP\\_Rapport\\_Etat\\_d\\_es\\_lieux\\_offre\\_de\\_service\\_et\\_plateformes\\_regionales\\_telemedecine\\_vF2.pdf](https://industriels.esante.gouv.fr/sites/default/files/media/document/ASIP_Rapport_Etat_d_es_lieux_offre_de_service_et_plateformes_regionales_telemedecine_vF2.pdf)
21. Télémédecine - Hopital.fr - Fédération Hospitalière de France [Internet]. Disponible sur: <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-evolutions-a-l-hopital/Telemedecine>
22. Wikipédia. Service de santé des armées. In: Wikipédia [Internet]. 2024. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Service\\_de\\_sant%C3%A9\\_des\\_arm%C3%A9es&oldid=217080944](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Service_de_sant%C3%A9_des_arm%C3%A9es&oldid=217080944)
23. JORF. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158>
24. JORF. Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale [Internet]. 2012-694 mai 7, 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025823844>
25. JORF. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608/>
26. CNOM. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Le point sur la téléconsultation. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/point-teleconsultation>

27. CNOM. Mésusage de la télémedecine [Internet]. 2023 p. 13. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/10ax7i9/cnom\\_mesusage\\_de\\_la\\_telemedecine.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/10ax7i9/cnom_mesusage_de_la_telemedecine.pdf)
28. CNOM. VADE-MECUM TÉLÉMÉDECINE [Internet]. CNOM; 2014 p. 24. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/1r7mtln/vademecum\\_telemedecine.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/1r7mtln/vademecum_telemedecine.pdf)
29. HAS. Recommandation HAS : Lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin [Internet]. 2024 p. 44. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-03/recommandations\\_-\\_lieux\\_et\\_conditions\\_denvironnement\\_pour\\_la\\_realisation\\_dune\\_teleconsultation\\_ou\\_dun\\_telesoin.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-03/recommandations_-_lieux_et_conditions_denvironnement_pour_la_realisation_dune_teleconsultation_ou_dun_telesoin.pdf)
30. JORF. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044097701>
31. Andolfatto D, Labbé D. Covid-19 : Une défaite française. 2020;13.
32. Kamionka J, Bergeat M. Etudes & Résultats : Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021 [Internet]. DREES; 2022 p. 6. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1249.pdf>
33. Kuhn Lafont A, Larfa N. 2021 : L'ANNÉE DU VIRAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE EN EHPAD ? 2021;9.
34. Haller C. Médecins généralistes et télémedecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878226>
35. Delepine F. Quel est le ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémedecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, gérontopsychiatrie de liaison et dermatologie ? [Internet]. Tours; 2018. Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018\\_Medecine\\_DelepineFrederic.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_DelepineFrederic.pdf)
36. Haw-Shing L. Programme « Télémedecine en EHPAD » en Gironde : enquête de satisfaction en médecine générale [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01420410>
37. Rouchaud A. EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION EHPAD-POLE RESSOURCES DE PROXIMITE EN NOUVELLE-AQUITAINE [Internet]. 2022 p. 58. Disponible sur: [https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2022/06/137.EHPAD-PRP\\_2022.pdf](https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2022/06/137.EHPAD-PRP_2022.pdf)
38. San Juan N. Etat des lieux de la pratique de la téléconsultation par les médecins généralistes creusois = State of play of the practice of teleconsultation by general practitioners in Creuse [Internet]. Limoges; 2022. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-122242>
39. Loiseau T. Perceptions et attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation depuis la crise sanitaire du Covid19 = General practitioners' perceptions and attitudes about their use of teleconsultation since the Covid crisis19

[Internet]. Limoges; 2022. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-121929>

40. Dzomo Kambou NH. Place de la téléconsultation en médecine générale : point de vue des patients = Place of teleconsultation in general practice : patient perspectives [Internet]. Limoges; 2022. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-121939>
41. CHU Limoges. CHU Limoges : Plateforme de Télémédecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.chu-limoges.fr/plateforme-de-telemedecine.html>
42. CHU Limoges. CHORUS n°49 : Le magazine du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.chu-limoges.fr/chorus/49/8/>
43. Queyroux A, Saricassapian B, Herzog D, Müller K, Herafa I, Ducoux D, et al. Accuracy of Teledentistry for Diagnosing Dental Pathology Using Direct Examination as a Gold Standard: Results of the Tel-e-dent Study of Older Adults Living in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. juin 2017;18(6):528-32.
44. VieSanté : Vieillesse, Fragilité, Prévention, e-Santé [Internet]. Université de Limoges Recherche. Disponible sur: <https://www.unilim.fr/recherche/laboratoires/omegahealth/viesante-vieillesse-fragilite-prevention-e-sante/>
45. Caylar E. Evaluation de l'opinion des patients et des praticiens sur les téléconsultations de psychiatrie = Evaluation of the opinion of patients and doctors on psychiatric teleconsultations [Internet]. Limoges; 2020. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-112945>
46. Basquin-Pinton F. Télé-expertise en dermatologie SMARTDERM : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes creusois = Tele-expertise in dermatology : satisfaction survey among general practitioners in Creuse [Internet]. Limoges; 2020. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-113847>
47. Fontaine H. Téléexpertise et suivi des plaies vasculaires : élaboration d'un outil pratique = Telemedicine and ulcer follow up : development of a practical tool [Internet]. Limoges; 2020. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-123053>
48. Bidan L. Impact de l'outil de télémédecine myDiabby Healthcare depuis sa mise en place en 2017 sur les complications du diabète gestationnel chez les femmes prises en charge à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges = Impact of myDiabby Healthcare telemedicine tool since its implementation in 2017 on complications of gestational diabetes in women treated at the Limoges Mother and Child Hospital [Internet]. Limoges; 2021. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-118452>
49. Noël-Blanc É, Claire-Marie S. Perceptions de la téléconsultation par les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre d'une pratique initiée lors de l'épidémie de COVID-19. Bordeaux; 2022.
50. Bouquet T. Téléconsultation : représentation et avis des médecins généralistes en Région Sud en 2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116792>
51. La télémédecine approches et propositions des médecins généralistes libéraux français (2019).

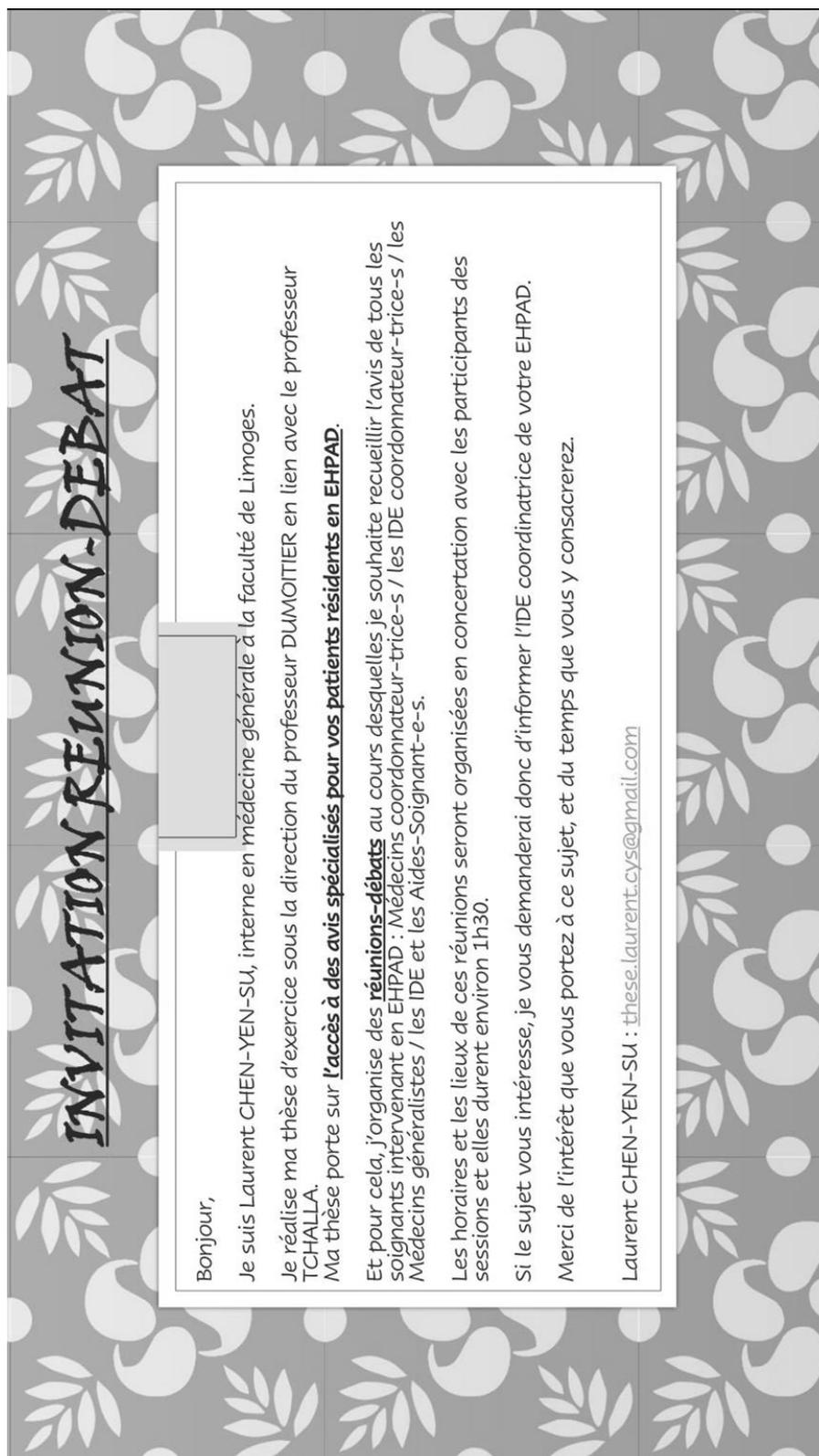
52. Didier M. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2015. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733671>
53. Danjou J. Quel est le vécu des médecins généralistes à l'utilisation de la téléconsultation pendant la première vague de la crise Covid? [Internet]. La Réunion; 2021. Disponible sur: [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03565515v1/file/Danjou-Julie\\_4500124466.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03565515v1/file/Danjou-Julie_4500124466.pdf)
54. Chane-Yin A. Exploration du vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant la 1ere vague épidémique COVID-19. Région EST de La Réunion [Internet]. La Réunion; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03659431v1/document>
55. Nicolas-Gayot C. Apports de la télémédecine et de l'intelligence artificielle en gérontologie : modélisation du besoin, stratégies de validation et de déploiement à l'échelle d'un territoire rural à faible densité médicale [Internet] [phdthesis]. Université de Limoges; 2022. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03978385>
56. Tchalla A, Marchesseau D, Cardinaud N, Laubarie-Mouret C, Mergans T, Kajeu PJ, et al. Effectiveness of a home-based telesurveillance program in reducing hospital readmissions in older patients with chronic disease: The eCOBAHLT randomized controlled trial. *J Telemed Telecare*. 23 mai 2023;1357633X231174488.
57. Nadolny J, Rahuel C. La télémédecine approches et propositions des médecins généralistes libéraux français. Toulouse III; 2019.

## Annexes

---

Annexe 1. Exemple de flyer personnalisé .....	116
Annexe 2. Exemple de l'argumentaire d'accroche.....	117
Annexe 3. Exemple de l'argumentaire d'accroche ciblée .....	118
Annexe 4. Guide d'entretien.....	119
Annexe 5. Fiche de recueil.....	120
Annexe 6. Extrait de verbatim .....	121
Annexe 7. Exemple de codage descriptif .....	122
Annexe 8. Extrait de l'agrément de la Commission .....	123
Annexe 9. Avis du comité d'éthique du CHU de Limoges.....	127
Annexe 10. Liste des codes après le codage descriptif.....	128
Annexe 11. Catégories conceptuelles du codage .....	129
Annexe 12. Carte Conceptuelle .....	131

## Annexe 1. Exemple de flyer personnalisé



## Annexe 2. Exemple de l'argumentaire d'accroche



dim. 22 août 2021 23:18

### These Médecine - Accès Avis Spécialisés - Résidence Les Pins

**L** Laurent CHEN-YEN-SU <these.laurent.cys@gmail.com>  
A service soins1 ▾

Bonjour, à Mme, l'infirmière coordinatrice

Suite à mon appel de ce vendredi 20/08 et de mon entretien téléphonique avec l'infirmière, comme il était convenu je vous envoie un flyer de présentation de mon travail de thèse.

Pour rappel, merci de bien vouloir me faire un retour mail en me précisant :

- si des personnels de votre structure sont intéressés à participer à une réunion-débat et si oui le nombre svp ;
- les horaires et jours (de la semaine) les plus adaptés pour votre personnel (matin, après-midi, après le temps de travail... etc) ;
- si vous avez la possibilité d'accueillir une réunion-débat dans votre EHPAD ? .

Une réunion-débat regroupera 8 à 10 participants, d'une durée d'environ 1h30 avec discussion sur le thème de ma thèse.

Je prospecte actuellement auprès des EHPADs de la Haute Vienne et selon le nombre de volontaires je vais essayer de proposer les réunions par "zone géographique" du département. J'espère organiser les premières réunions à partir de la seconde quinzaine de septembre 2021.

Ce thème est à l'heure actuelle volontairement vague car nous ne souhaitons pas que les participants "préparent" le sujet ou y réfléchissent en amont pouvant fausser l'interprétation des données. Nous recherchons donc la spontanéité des échanges.

N.B. : comme il est précisé sur le Flyer, il me semble plus adapté que je dispose d'un "interlocuteur unique ou double" par EHPAD, plutôt que chaque volontaire me contacts directement.

N.B.2 : n'hésitez pas à modifier ou compléter l'interlocuteur précisé sur le flyer en cas d'erreur.

N'hésitez pas à revenir vers moi en cas d'interrogations.  
Vous remerciant,

Cordialement

--  
**M. CHEN-YEN-SU Laurent**  
Interne de Médecine Générale  
these.laurent.cys@gmail.com

## Annexe 3. Exemple de l'argumentaire d'accroche ciblée

mer. 9 août 2023 00:38

✕ ⏪ ⏩ ⌵ ⌶

### Travail de Thèse - Télémedecine - EHPAD Résidence Les Pins (St Laurent Sur Gorre)

**Laurent CHEN-YEN-SU** <these.laurent.cys@gmail.com>  
A retraite.maibon@wanadoo.fr, service.soinst, medco87310

Bonjour, suite à mon appel ce mardi,

Je suis Laurent CHEN-YEN-SU, interne en médecine générale à la faculté de Limoges.  
Je réalise ma thèse d'exercice sous la direction du Professeur **DUMOTIER** en lien avec le Professeur **TCHALLA**. Ma thèse porte sur l'accès à des avis spécialisés pour vos patients résidents en EHPAD.

Votre EHPAD (Résidence Les Pins sur St Laurent Sur Gorre) a été équipé de dispositifs de Télémédecine lors de l'étude **GerontAccess** sur la période de 2016-2018.  
Cette étude fut aussi le sujet de la thèse d'exercice de Mme **GAYOT**.  
**Ainsi dans la continuité de ce travail je souhaiterai explorer le vécu des professionnels de santé à l'utilisation de ces outils** (particulièrement les médecins coordonnateurs, les IDEc et les cadres de santé).

Selon les informations que j'ai réussi à récupérer, à l'époque en poste : Mme **LESPARAT**, pas de Médecin coordonnateurs ?

Ces personnes travaillent-elles toujours au sein de votre EHPAD ?

Afin que mes données soient significatives je recherche donc des personnes **ayant participé à GerontAccess** (bras "intervention") et d'autres **il y a eu, pas participé** (bras "témoin").

Je recherche donc autant des personnes en poste sur 2016-2018 que des personnes en poste actuellement.

Accepteriez-vous de participer à mon travail de thèse ?

Pour cela, j'organiserai des réunions-débats au cours desquelles je souhaite que les intervenants échangent sur leurs pratiques. Les horaires et les lieux de ces réunions seront organisés en concertation avec les participants des sessions et elles durent environ 1h00.

Si vous êtes intéressés je vous communiquerai prochainement un lien Doodle avec des dates pour ces réunions-débats sur les mois de septembre & octobre 2023 ?

Merci de l'intérêt que vous portez à ce sujet, et du temps que vous y consacrerez.  
Restant disponible si vous avez des questions

Vous remerciant,  
Cordialement

**M. CHEN-YEN-SU Laurent**  
Interne de Médecine Générale  
these.laurent.cys@gmail.com

## Annexe 4. Guide d'entretien

# GUIDE D'ENTRETIEN

Version : (Juillet 2023)

Thésard : CHEN-YEN-SU Laurent

---

1. Pour vos résidents, à quels spécialistes d'organe avez-vous recours ?  
(*dermatologue - cardiologue - psychiatre - médecin du service de rééducation fonctionnelle - pneumologue - médecin du service des soins palliatifs...*)
2. Quelles difficultés rencontrez-vous lors des demandes de consultations externes ?  
(Difficultés liées au Patient & liées au Médecin) (délai, éloignement, disponibilité)
3. Comment décririez-vous la Téléconsultation ? (en terme de modalité, matériel, objectif)  
(Qu'est-ce que c'est : définition & les modalités : pourquoi et pour qui, où, quand, comment)
4. Quels sont pour vous les avantages de la Téléconsultation dans les EHPAD ?  
(en général, aborder uniquement EHPAD)
5. Quels sont pour vous les inconvénients de la Téléconsultation dans les EHPAD ?
6. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

## Annexe 5. Fiche de recueil

### FICHE SIGNALÉTIQUE

Version : b (novembre 2023)

Thésard : CHEN-YEN-SU Laurent

La participation à cet entretien collectif est anonyme.

Ces informations vous sont demandées afin de faciliter l'analyse des données par la suite.

Date :

---

- Genre :  Féminin  Masculin
- Âge (ans) :
- Profession :  Médecin Coordonnateur  
 Médecin Traitant  
 Infirmière (IDE)  
 Cadre de Santé  
 Autre : .....
  
- Durée d'exercice dans la profession :
- Durée d'exercice dans la structure :
  
- Lieu d'exercice :  Urbain  Rural
  
- Type d'exercice :  EHPAD ayant participé à l'étude GerontAccess  
 EHPAD utilisant des outils de Téléconsultation  
 EHPAD n'utilisant pas d'outils de Téléconsultation
  
- Nombre moyen de résidents dans la structure :

## Annexe 6. Extrait de verbatim

### Question 4 : Quels seraient pour vous les avantages de la téléconsultation en EHPAD ?

Participant n°2 : « L'avantage déjà c'est de ne pas se déplacer. Ça évite que les personnes avec des troubles cognitifs d'en avoir plus au retour de leur consultation. D'être dans un lieu où ils ont leurs repères c'est hyper important. Le coût du transport, pas tout ça qui s'engendre derrière ».

Participant n°7 : « C'est moins cher pour la sécu ».

Participant n°2 : « D'avoir les familles avec nous, les autres professionnels avec nous c'est aussi un avantage. En consultation on ne peut pas détacher un soignant pour y aller, c'est compliqué ».

Participant n°4 : « La richesse des échanges. Les soignants décrivent les symptômes, les difficultés directement au médecin consultant. Le médecin consultant répond directement. Il n'y a pas cette phase d'interprétation parfois et tous les éléments ne sont pas notés sur un compte rendu de consultation toujours. Et quand on se parle en direct, il y a quand même moins de pertes d'informations je trouve ».

Participant n°7 : « Et ça crée du lien moi je trouve aussi ».

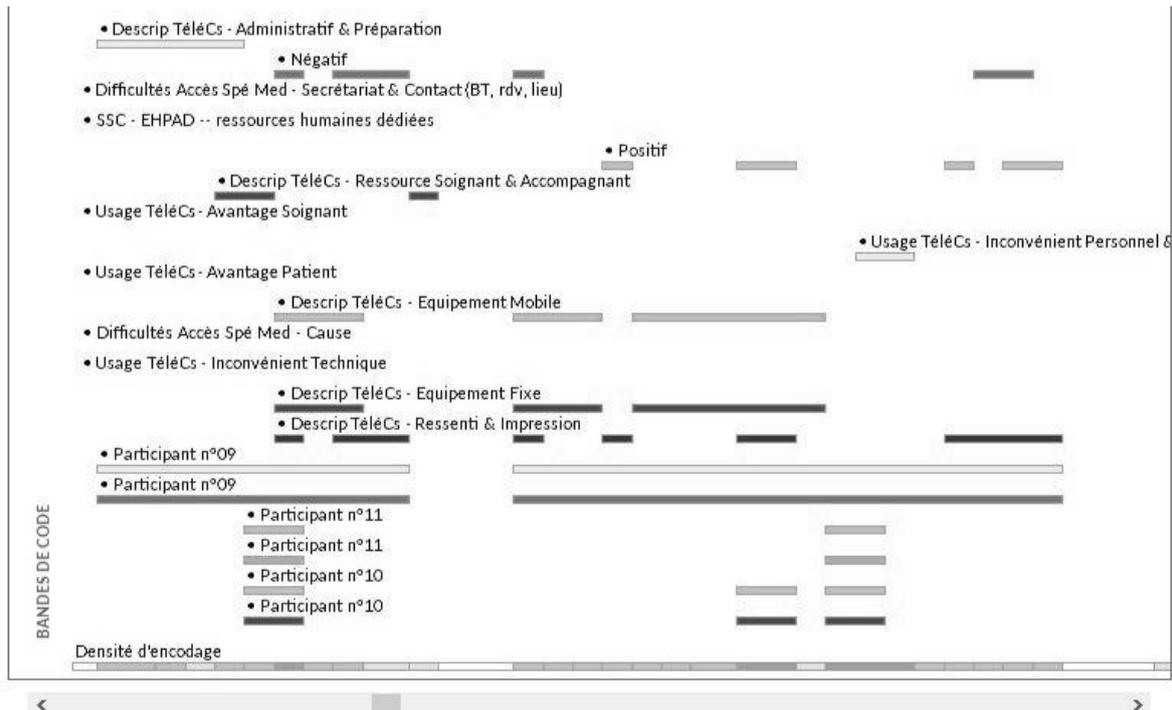
*Tout le monde est d'accord.*

Participant n°1 : « C'est 4 avantages définitifs ».

Participant n°2 : « Je parle, ça fait 1 an que je suis partie. A l'époque quand on appelait le Psychogériatre, alors on avait cette plateforme de Paaco Globule, après les secrétaires répondaient rapidement. Quand on n'avait pas de réponse, on l'appelait et il pouvait nous donner une téléconsultation dans la journée ou le lendemain. C'était souvent le vendredi le Psychogériatre. Je ne sais pas s'il est toujours là, si c'est toujours le même (*oui*). Donc c'était un avantage aussi d'avoir quelqu'un sous le coude alors que le médecin traitant ne pouvait pas forcément intervenir tout de suite. Avant, quand j'ai commencé les médecins ne faisaient pas de prescription, ils donnaient des conseils aux médecins libéraux. A la fin le Psychogériatre faisait des prescriptions qu'on utilisait à la pharmacie ».

Participant n°1 : « En EHPAD, les prescriptions des médecins spécialistes doivent être validées par le médecin traitant. Sauf urgence absolue, médecin Co on peut, mais en confraternité on doit recueillir le consentement du médecin traitant. Soit il doit la revalider ou donner son accord mais la mettre en place directement sans l'avertir ou sans demander. Ça fait partie de nos recommandations de Coordonnateur. C'est quasiment une faute, si on ne fait pas on pourrait... On a beaucoup plus de liberté, les décrets ont évolué il y a 2 ans, on peut prescrire au même titre que le médecin traitant. On doit toujours informer. Si on connaît le médecin depuis toujours, il n'y a pas de souci, il faut être habile. Prescription du spécialiste, on doit rechercher le consentement du médecin traitant sauf urgence. Il y a certains médecins de famille qui ont du caractère ».

## Annexe 7. Exemple de codage descriptif



*Sourire de tout le monde.*

Participant n°9 : « C'est pour toute consultation de spécialiste tout particulièrement. Comment on le décrirait. Ben pour nous, consultation de spécialiste, prise de rendez-vous via un logiciel. Pour prendre le rendez-vous via ce logiciel, il y a tout à remplir, sans interface, sinon ça serait trop simple. Il faut tout rentrer le dossier...etc. Une fois qu'on a fait cela, on va attendre que le spécialiste donne le rendez-vous. Une fois qu'on a le rendez-vous, il faut qu'on organise la téléconsultation ou la télé-médecine. Qui consiste à ne pas oublier, à faire en sorte qu'il y a un personnel de dédié et que tout soit bien organisé par rapport aux soignants. Donc généralement c'est souvent moi qui les faits parce que sinon c'est quasiment impossible. Et du coup après il y a l'échange avec le spécialiste quand tout ce qui est informatique fonctionne bien. Parce que parfois on a quelques soucis et alors on termine par téléphone. Alors ce n'est pas trop gênant pour certaines consultations alors que ça l'est beaucoup plus pour d'autres ».

*Ok de tout le monde quand Participant n°9 évoque que c'est lui qui fait.*

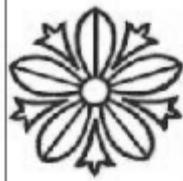
Animateur n°1 : « Par exemple, lesquelles ? »

Participant n°9 : « Ce qui est gênant c'est par rapport à ce qui est des plaies ou autres. On termine clairement par des photos. Prises parfois avec mon téléphone, parfois avec une tablette, qu'on envoie par mail. Je ne sais pas moi, par exemple à un certain « Julien » qui est. Voilà, j'envoie, il regarde, qu'est-ce que tu en penses et puis voilà. Et il me dit, en tout cas le retour se fait bien. Et après pour les autres consultations c'est juste par rapport à des bilans ou autre, l'échange se fait bien. On envoie le bilan et il n'y a pas forcément nécessité de voir le résident. Ou par rapport éventuellement en effet par rapport à des consultations psychiatriques.

Et après, une fois que ceci est fait, ce qui est très appréciable est qu'on reçoit un compte-rendu, un vrai, systématiquement. Qu'on imprime, qu'on lit et qu'on donne au médecin traitant pour qu'il voit que ça a été effectué. Tout en sachant que, une problématique qu'on a par rapport aux téléconsultations c'est qu'il faut souvent que le médecin traitant soit ok pour qu'on utilise la téléconsultation ou la télé-médecine. Et cela est très compliqué selon les médecins qu'on a en face. Il y a certains qui sont totalement réfractaires. Je reconnais que personnellement je passe outre, je fais comme si je n'avais pas entendu qu'ils n'étaient pas d'accord. Donc je fais faire, après je me fais descendre. Mais ce n'est pas grave. On est content, on a eu un avis spécialiste. Le médecin le suit ou pas, généralement ils finissent par le suivre parce que voilà, quand on arrive à ce stade c'est que, ce sont des médecins assez réfractaires mais qui sont obligés après de reconnaître que si le spécialiste a dit ceci ou cela c'est que ce n'est pas pour rien. Et voilà ce qu'on peut dire en gros, de façon générale, sur la télé-médecine ».

*Ok de Participant n°10 sur la réception d'un compte rendu.*

## Annexe 8. Extrait de l'agrément de la Commission



UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Département de Médecine Générale  
2 rue du Docteur Marcland 87025 LIMOGES

Date d'envoi : 05/05/2021

Date de réponse de la commission : 06/05/2021

### FORMULAIRE de PROJET de THÈSE

*Cette fiche est obligatoire. En effet, elle vous permet de solliciter l'avis du DMG pour savoir si votre projet de recherche s'inscrit bien dans le champ de compétence de la médecine générale et s'il répond suffisamment aux exigences méthodologiques nécessaires. Elle permet d'informer la commission thèse/recherche du DMG sur les projets de thèses et leurs auteurs, de façon à pouvoir assurer une fonction de coordination.*

**ATTENTION : Avancez par étapes, faites les valider une à une par votre directeur de thèse si vous en avez déjà un.**

MERCI DE JOINDRE VOTRE QUESTIONNAIRE OU GUIDE D'ENTRETIEN A VOTRE DEMANDE

#### 1 Identification

- Nom de l'interne : M. CHEN-YEN-SU Laurent
- Semestreencours : S1  $\frac{1}{2x}$  S2  $\frac{1}{2x}$  S3  $\frac{1}{2x}$  S4  $\frac{1}{2x}$  S5  $\frac{1}{2x}$  S6 x
- Téléphone : fixe : portable :
- Courriel : these.laurent.cys@gmail.com

#### Quel est votre directeur de thèse ?

- Nom : Pr DUMOITIER
- Spécialité :
- adresse postale :
- Courriel :

**Destination ?** A quelle fin cette fiche est-elle déposée auprès du DMG ? effacer la mention inutile

- Fiche déposée pour avis.
- Fiche déposée pour agrément.

#### 2 Quel est le thème général de votre projet ? A quoi vous intéressez-vous ?

Déploiement de la téléconsultation en EHPAD.

#### 3 Quel est le problème ?

*Celui qui se dégage de vos lectures bibliographiques et de vos réflexions et sur ce thème. Quelles sont les références que vous avez consultées ?*

*Il faut convaincre que le travail est nécessaire c'est-à-dire :*

*1° En quoi votre sujet est intéressant ? (Les arguments doivent être fondés sur l'intérêt pratique/professionnel et référencés sur des données bibliographiques, pas d'opinion injustifiée, pas d'idée reçue !!!). Quel est le niveau de Pertinence, la prévalence est-*

elle élevée, pouvez-vous donner le niveau d'urgence d'aborder cette question, que peut avoir votre travail comme Impact sur la maladie, a-t-il un aspect Exemplaire ou modélisant pour la médecine générale ?

2° Il n'est pas suffisamment ou complètement traité dans la littérature : Dans le thème qui vous intéresse, qu'est ce qui vous semble contradictoire? Quelles données manque-t-il ? Les données existantes ne sont pas transposables au contexte (système de soin différents, population différentes, données à réactualiser,...) Quel serait l'intérêt d'avoir de nouvelles données ? (citer les références bibliographiques correspondantes)

**Le problème :**

Depuis quelques années on assiste au déploiement de la téléconsultation en EHPAD, phénomène d'autant plus accentué par la crise sanitaire de la Covid.

Une expérience de téléconsultation menée dans la vallée de la Gorre de 2016 à 2018 (GerontAccess) a comparé la prévention des hospitalisations des personnes âgées résidents en EHPAD, équipées d'outils de téléconsultation et non équipées.

Le problème est de savoir ce qu'attendent les soignants des EHPAD vis-à-vis de la mise en place de la téléconsultation.

## 4 Quelle est votre question de recherche ?

*Elle doit être formulée sous forme de question donc avec un point d'interrogation*

Quelles sont les attentes des soignants d' EHPAD de l'usage de la téléconsultation dans leur structure de soins ?

## Quelle est votre hypothèse de travail ?

**ATTENTION NE CONCERNE PAS LA RECHERCHE QUALITATIVE QUI PERMET JUSTEMENT DE FAIRE EMERGER DES HYPOTHESES !**

*Il s'agit de la réponse que vous apportez, a priori et provisoirement, à votre question avant de faire votre étude, aux vues des données de la littérature dont vous disposez. L'étude permettra de vérifier si votre hypothèse était juste. Parfois, on a aucune idée de la réponse et il faut le dire.*

Une fois l'enthousiasme de la crise sanitaire passée, l'utilisation des outils de téléconsultation en EHPAD par les soignants restent limitée par des freins techniques, organisationnels ou encore financiers, pas toujours justifiés. Le potentiel de ce modèle reste probablement encore sous-utilisé.

## 5 Quel est l'objectif de votre étude ?

*C'est l'énoncé précis qui vise à décrire le but de l'étude. Commencez votre phrase par un verbe : évaluer l'efficacité, mesurer la prévalence, comprendre, expliquer, décrire...Il est recommandé de se centrer sur un seul objectif. Si vous en avez néanmoins plusieurs, il est impératif de les hiérarchiser en déterminant un objectif principal et des objectifs secondaires*

- Objectif principal :

Décrire les freins et les attentes des soignants d'EHPAD à l'utilisation des outils de téléconsultation pour les patients en EHPAD.

(Evaluer la représentation, la faisabilité et l'acceptabilité à l'utilisation de ces outils de téléconsultation)

- Objectif(s) secondaire(s) :

**6 Quelle méthode avez-vous choisie ?** *Quelle méthode prévoyez-vous de mettre en œuvre pour atteindre l'objectif principal ? En pratique, quel plan de réalisation concret prévoyez-vous ? Donnez des renseignements sur votre population d'étude (nombre, critères d'inclusion), le type d'étude, les outils d'évaluation, les critères d'évaluation, le déroulement concret, etc.*

Etude qualitative en théorisation ancrée menée jusqu'à saturation des données et à 3 niveaux de codage,

La population d'étude s'intéressera aux soignants dans les EHPAD (médecins coordonnateurs, médecins traitant, IDE, cadre de santé) en Haute Vienne.

**7 Quels résultats attendez-vous ?** *Quelles sont les perspectives envisagées de l'exploitation de ces résultats ? Quels en seront les **intérêts** pour la pratique en médecine générale ?*

Optimiser l'usage des outils de téléconsultation en EHPAD en améliorant leur acceptabilité par les soignants pour optimiser la prise en charge des patients âgés (réduire le délai de prise en charge, limiter les transports ou encore favorise la qualité de vie du patient).

**8 Aides extérieures envisagées ?**

*Statisticien (merci de contacter le DUMG avant de contacter le laboratoire de biostatistiques de la faculté), méthodologiste, anthropologue...*

## AVIS DE LA COMMISSION

en date du : 06/05/2021... /

NOM de l'interne...CHEN-YEN-SU Laurent

- ❖ - Les éléments remis sont suffisants pour se faire une idée pertinente. X
- ❖ - La question de recherche est correctement posée X
- ❖ - L'objectif de l'étude est clair et précis X
- ❖ - La méthode est adaptée et correctement décrite, le DMG cautionne ce travail X

Type n°B

- ❖ **Type C** : « Hors MG » :  
le sujet proposé par l'interne ne concerne pas la MG, le DMG n'intervient pas, il faut voir avec votre directeur de thèse.
- ❖ **Type B** : « Thème MG ».  
Le sujet est un thème soutenu par le DMG. Le DMG propose une aide méthodologique à vous et à votre directeur de thèse si besoin. Il existe pour cela une liste d'enseignants prêts à apporter un soutien méthodologique.
- ❖ **Type A** : « Recherche DMG ».  
Ce travail concerne un des thèmes de recherche soutenus par le DMG. La commission vous propose un des membres du DMG qui s'engage à vous soutenir directement.

### Type de soutien du DMG

Correspondant au DUMG: Dr Lauchet

Nom :

Courriel :

### Proposition de la commission

Projet intéressant pas de remarque. Le Dr LAUCHET est ok pour direction

## Annexe 9. Avis du comité d'éthique du CHU de Limoges

**CHU LIMOGES**

**Comité d'Ethique**

Président : Docteur Gérard TERRIER

---

**Avis 73-2023-11**

Projet de thèse : « Quelles sont les attentes des soignants d'EHPAD de l'usage de la téléconsultation dans leur structure de soins ? ».

Le projet d'étude « Quelles sont les attentes des soignants d'EHPAD de l'usage de la téléconsultation dans leur structure de soins ? » de Monsieur Laurent CHEN YEN SU, médecin remplaçant sous la direction du Professeur Nathalie DUMOITIER médecin généraliste à Limoges ne recueille aucune réserve du point de vue éthique.

**Avis enregistré sous le n° 73-2023-11**



**Docteur Gérard TERRIER**

## Annexe 10. Liste des codes après le codage descriptif

Absence Accès Spé Med & Motif	Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Perte Temps des Soignants
Accès Spé Med en Hospitalier - Facilité	Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Risque
Accès Spé Med en Hospitalier - Organisation & Solution & Méthode	Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Soignant & Comportement
Cs Classique - Comparaison vs TéléCs	Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Soignant & Comportement --- Spécifiquement Objectif Soignant
Descrip TéléCs - Administratif & Préparation	Difficultés Accès Spé Med - Délai Rdv & Attente & Trajet-Distance
Descrip TéléCs - Alternative & Contournement	Difficultés Accès Spé Med - Fréquence & Spé
Descrip TéléCs - Equipement Fixe	Difficultés Accès Spé Med - Relationnel
Descrip TéléCs - Equipement Mobile	Difficultés Accès Spé Med - Secrétariat & Contact (BT, rdv, lieu)
Descrip TéléCs - Etude GerontAccessa	Difficultés Accès Spé Med - Sentiment & Ressenti Soignant
Descrip TéléCs - Famille	Difficultés Accès Spé Med - Sentiment & Ressenti Soignant --- Spécifiquement Relationnel & Evol. Contrat
Descrip TéléCs - Libéral	Difficultés Accès Spé Med - Sentiment & Ressenti Soignant\Négatif
Descrip TéléCs - Patient	Difficultés Accès Spé Med - Sentiment & Ressenti Soignant\Positif
Descrip TéléCs - Perspective & Demande	Difficultés Accès Spé Med - Solution & Méthode Contournement
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression	Participant n°01
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression -- Equipement Fixe	Participant n°02
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression -- Equipement Fixe\Négatif	Participant n°03
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression -- Equipement Fixe\Positif	Participant n°04
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression\Négatif	Participant n°05
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression\Positif	Participant n°06
Descrip TéléCs - Ressource Soignant & Accompagnant	Participant n°07
Descrip TéléCs - Ressource Soignant & Accompagnant -- Equipement Fixe	Participant n°08
Descrip TéléCs - Spé Eligible	Participant n°09
Descrip TéléCs - Spé Non Eligible	Participant n°10
Descrip TéléExp	Participant n°11
Difficultés Accès Spé Med - Cause	Participant n°12
Difficultés Accès Spé Med - Cause/Accessibilité & Transport - Abs Accompagnant Prof	Recours Motif
Difficultés Accès Spé Med - Cause/Aidant & Famille	Recours Paramed
Difficultés Accès Spé Med - Cause/Medecin Demandeur	Spé Chir - Ortho
Difficultés Accès Spé Med - Cause/Medecin Expert	Spé Dentiste
Difficultés Accès Spé Med - Cause\Patient	Spé Med - ARS--Santé Pub
Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Famille	
Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Patient	
Spé Med - Cardio	Usage TéléCs - Avantage Relationnel & Contact & Population Bassin
Spé Med - Dermato	Usage TéléCs - Avantage Soignant
Spé Med - Diabète	Usage TéléCs - Avantage Technique
Spé Med - Expert & Handicap	Usage TéléCs - Dégradation & Temporalité (dégradation dans le temps)
Spé Med - Gastro-Entero	Usage TéléCs - Inconvénient Administratif
Spé Med - Gériatrie	Usage TéléCs - Inconvénient Famille
Spé Med - Gynéco	Usage TéléCs - Inconvénient Fréquence Utilisation
Spé Med - Gynéco -- Sage Femme	Usage TéléCs - Inconvénient MédicoTechnique & Sémiologie
Spé Med - HAD	Usage TéléCs - Inconvénient Patient
Spé Med - Hémato	Usage TéléCs - Inconvénient Personnel & Organisation
Spé Med - Hygiéniste	Usage TéléCs - Inconvénient Responsabilité & MédicoLégal
Spé Med - Infectio	Usage TéléCs - Inconvénient Soignant
Spé Med - MG	Usage TéléCs - Inconvénient Technique
Spé Med - Néphro	Usage TéléCs - Perspective & Demande
Spé Med - Neuro	Usage TéléExp - Avantage
Spé Med - Onco	Usage TéléExp - Cardio
Spé Med - Ophtalmo	Usage TéléExp - Inconvénient
Spé Med - Pneumo	Usage TéléExp - Ressenti & Impression
Spé Med - Psychiatre	Usage TéléMed - Equipe Mob -- Avantage
Spé Med - Psychiatre EMPSA	Usage TéléMed - Equipe Mob -- Avantage\Famille
Spé Med - PsychoGériatrie	Usage TéléMed - Equipe Mob -- Avantage\Patient
Spé Med - Radio	Usage TéléMed - Equipe Mob -- Avantage\Soignant
Spé Med - SAU	Usage TéléMed - Equipe Mob -- Avantage\Soignant Ressenti
Spé Med - Soins Pall	Usage TéléMed - Equipe Mob -- Débouchee & Suite de PEC
Spé Med - Uro	Usage TéléMed - Equipe Mob -- Inconvénient
Spé Med - Vasculaire	Usage TéléMed - Spé Med
Spé ParaMed	Usage TéléMed - Spé Med\Dermato
Spé Transport	Usage TéléMed - Spé Med\MPR
Usage TéléCs - Amélioration & Temporalité (progression dans le temps)	Usage TéléMed - Spé Med\Neuro
Usage TéléCs - Avantage Famille	Usage TéléMed - Spé Med\PsychoGériatrie
Usage TéléCs - Avantage Patient	Usage TéléMed - Spé Med\Vasculaire
Usage TéléCs - Avantage Personnel & Organisation & Administratif	

## Annexe 11. Catégories conceptuelles du codage

Nom des Thèmes
Thème 1 - Accès et Besoins aux soins spécialisés -- Motifs des recours
Thème 2 - Description de la Téléconsultation
Thème 3 - Expérience utilisateur-soignant de la TéléConsultation (vécu et res
Thème 4 - Les avantages de la Téléconsultation
Thème 5 - Les inconvénients de la Téléconsultation
Thème 6 - Perspectives de la Téléconsultation (demandes et evolution)

Absence Accès Spé Med & Motif	Codes	Thème 1 - Accès et Besoins aux soins spécialisés -- Motifs des recours
Accès Spé Med en Hospitalier - Facilité	Codes	Thème 2 - Description de la Téléconsultation
Accès Spé Med en Hospitalier - Organisation & Solution & Méthode	Codes	Thème 3 - Expérience utilisateur-soignant de la Téléconsultation (vécu et ressenti)
Cs Classique - Comparaison vs TéléCs	Codes	Thème 4 - Les avantages de la Téléconsultation
Descrip TéléCs - Administratif & Préparation	Codes	Thème 5 - Les inconvénients de la Téléconsultation
Descrip TéléCs - Alternative & Contournement	Codes	Thème 6 - Perspectives de la Téléconsultation (demandes et évolution)
Descrip TéléCs - Equipement Fixe	Codes	Non Classé
Descrip TéléCs - Equipement Mobile	Codes	
Descrip TéléCs - Etude GerontAccess	Codes	
Descrip TéléCs - Famille	Codes	
Descrip TéléCs - Libéral	Codes	
Descrip TéléCs - Patient	Codes	
Descrip TéléCs - Perspective & Demande	Codes	
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression	Codes	
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression -- Equipement Fixe	Codes	
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression -- Equipement Fixe\Négatif	Codes	
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression -- Equipement Fixe\Positif	Codes	
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression\Négatif	Codes	
Descrip TéléCs - Ressenti & Impression\Positif	Codes	
Descrip TéléCs - Ressource Soignant & Accompagnant	Codes	
Descrip TéléCs - Ressource Soignant & Accompagnant -- Equipement fixe	Codes	
Descrip TéléCs - Spé Eligible	Codes	
Descrip TéléCs - Spé Non Eligible	Codes	
Descrip TéléExp	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Cause	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Cause\Accessibilité & Transport -- Abs Accompagnant Prof	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Cause\Aidant & Famille	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Cause\Medecin Demandeur	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Cause\Medecin Expert	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Cause\Patient	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Cause\Famille	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Patient	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Perte Temps des Soignants	Codes	
Difficultés Accès Spé Med - Conséq -- Risque	Codes	



## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Place de la Téléconsultation en EHPAD : Identification des freins et des attentes de ces soignants vis-à-vis de cet outil par étude qualitative ancillaire de l'essai clinique contrôlé randomisé GERONTACCESS

---

**Contexte** : L'essai GERONTACCESS montre que le programme d'évaluations gérontopréventives par télé médecine permet de diminuer significativement le nombre de résidents d'EHPAD hospitalisés de façon non programmée. Avant d'envisager une large diffusion d'un tel outil, il est indispensable d'en vérifier l'acceptabilité et la faisabilité par ses futurs utilisateurs.

**Objectifs** : Notre objectif était de décrire les freins et les attentes des soignants vis-à-vis de l'usage des outils de téléconsultation pour les patients, dans les EHPAD en Haute-Vienne.

**Méthode** : Étude qualitative phénoménologique menée par deux entretiens collectifs et un entretien individuel semi-dirigé, réalisés entre novembre 2023 et février 2024, et analysés numériquement à l'aide du logiciel NVivo®, à trois niveaux de codage : descriptif, thématique et matriciel. Cette étude a été conduite auprès de soignants de la Haute-Vienne, à partir d'un guide d'entretien jusqu'à suffisance des données.

**Résultats** : Douze soignants ont participé. Ils relèvent de nombreux avantages à la téléconsultation. Pour les résidents, on note le renforcement de la robustesse de la prise en charge ou l'absence de déplacement. Pour les professionnels de santé, cela apporte un gain de temps, une amélioration des soins proposés et une relation privilégiée avec les autres acteurs de santé. Les inconvénients pour le patient sont la rareté des créneaux disponibles et parfois l'accentuation de troubles neurocognitifs. Pour les soignants, ils citent la lourdeur technico-administrative, la formation et l'usage de l'informatique en général. Le coût humain et matériel complète ces difficultés.

**Conclusion** : Les soignants sont favorables au déploiement de la téléconsultation en EHPAD. Ils précisent leurs objectifs, ainsi que les moyens et modalités pour y parvenir, afin de développer l'outil à plus grande échelle. Y répondre sera primordial pour démocratiser l'usage.

---

Mots-clés : téléconsultation, EHPAD, étude qualitative, perspective de déploiement.

## The Role of Teleconsultation in Nursing Homes: Identification of Obstacles and Expectations of Caregivers Towards This Tool Through an Ancillary Qualitative Study of the GERONTACCESS Randomized Controlled Clinical Trial

---

**Context** : The GERONTACCESS trial shows that the gerontopreventive assessment program via telemedicine significantly reduces the number of unplanned hospitalizations of nursing home residents. Before considering a wide dissemination of such a tool, it is essential to verify its acceptability and feasibility.

**Objectives** : Our objective was to describe the barriers and expectations of caregivers regarding the use of teleconsultation tools for patients in nursing homes in Haute-Vienne

**Method** : Phenomenological qualitative study conducted through two group interviews and one semi-structured individual interview, carried out between November 2023 and February 2024, and digitally analyzed using NVivo® software at three levels of coding: descriptive, thematic, and matrix. This study was conducted with caregivers from Haute-Vienne, using an interview guide until data saturation was reached

**Results** : Twelve caregivers participated. They noted numerous advantages to teleconsultation. For the residents, it strengthens the robustness of care and eliminates the need for travel. For healthcare professionals, it offers time savings, improved care quality, and a better relationship with other healthcare actors. The disadvantages for patients include the scarcity of available slots and sometimes the exacerbation of neurocognitive disorders. For caregivers, they cite the technical and administrative burdens, training, and general use of IT. The human and material costs add to these difficulties

**Conclusion** : Caregivers are in favor of deploying teleconsultation in nursing homes. They specify their objectives, as well as the means and methods to achieve them, in order to develop the tool on a larger scale. Addressing these will be essential to democratizing its use.

---

Keywords : teleconsultation, nursing home, qualitative study, deployment perspective.

