

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 Sébastien CHEN-YEN-SU

Télésurveillance de paramètres biométriques au service du maintien à domicile de la personne âgée polypathologique : Identification des freins et des attentes des médecins généralistes par une étude qualitative ancillaire de l'essai clinique contrôlé randomisé eCOBAHLT

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 Sébastien CHEN-YEN-SU

Télesurveillance de paramètres biométriques au service du maintien à domicile de la personne âgée polypathologique : Identification des freins et des attentes des médecins généralistes par une étude qualitative ancillaire de l'essai clinique contrôlé randomisé eCOBAHLT

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

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

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

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

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

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

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

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

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI 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

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

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

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

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

« *Le médecin est un homme qui soigne l'homme.* »
Victor Hugo

Remerciements

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER :

Je vous remercie de votre dévouement pour les internes en médecine générale de Limoges. Vous êtes souvent la première personne à nous recevoir quand nous arrivons dans cette région et vous m'avez continuellement accompagné durant toutes ces années d'internat. Votre expérience et votre expertise en tant que directrice de thèse m'ont été d'une aide cruciale pour la réalisation de celle-ci qui n'existerait pas sans vous, et je tiens à vous exprimer ma gratitude pour votre abnégation dans le Département de Médecine Générale de Limoges.

A Monsieur le Professeur Achille TCHALLA :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et de co-présider ce jury de thèse avec Madame le Professeur DUMOITIER. Soyez assuré de mon profond respect.

A Mesdames le Professeur Nadège LAUCHET et le Docteur Léa SEVE :

Je vous remercie d'avoir accepté de participer en tant que jurés de thèse, mais aussi pour votre temps donné aux internes et futurs médecins grâce à votre implication dans le Département de Médecine Générale de Limoges.

A Madame Caroline GAYOT :

Je vous remercie pour vos travaux de recherche qui ont été le point de départ de ma thèse et d'avoir accepté de participer en tant qu'examinatrice à ce jury de thèse.



A mes parents :

Merci à vous qui avez été les premiers à m'accueillir lorsque je suis arrivé dans ce monde, et de votre soutien sans faille depuis toujours. Je vous exprime mon éternelle reconnaissance, et ce malgré la distance qui nous sépare.

A mes frères :

Merci à Laurent d'avoir été à mes côtés depuis des années, et je suis fier de t'avoir accompagné tout au long de nos parcours en médecine. Nous avons connu quelques hauts et parfois des bas mais avons toujours surmonté les obstacles ensemble. J'espère continuer le chemin avec toi par la suite.

Merci à Alain et Alexandre pour votre aide. Nos bons moments vécus dans le passé sont des souvenirs indélébiles et inestimables.

A ma marraine Yvette :

Merci à toi qui me soutiens depuis toutes ces années, et d'être encore présente ce jour-ci.

A mes amis :

Merci à ceux qui m'ont accompagné tout au long de cet internat pour les plus récents, et depuis le collège pour les plus anciens. Et malgré les océans qui nous séparent pour les compagnons les plus éloignés, l'amitié n'a pas de frontière et j'espère vous revoir très bientôt.

Aux participants de cette étude :

Merci à vous d'avoir accepté de m'accorder un peu de votre temps pour réaliser cette thèse, qui est aussi un peu la vôtre.

A ceux qui m'ont accompagné durant cet internat :

Merci à mon tuteur Claude, à mes premiers maîtres de stage Hervé et Marie, mais aussi à Bouchra et Gérard durant mon stage SASPAS. Merci à Hervé de m'avoir accueilli à bras ouverts dans sa MSP et chez lui, ta bienveillance sera à jamais une inspiration pour moi.

Merci aux médecins et aux équipes médicales et paramédicales des différents stages hospitaliers, et plus particulièrement à ceux de Guéret et de Brive, mais aussi aux équipes de Tulle. Merci à Alexandre et Cécile pour leur accueil et leur bonne humeur.

Merci aux équipes que j'ai rencontré durant les remplacements effectués, et plus particulièrement à ceux de Cenon. Je tiens à souligner votre professionnalisme malgré les difficultés rencontrées au fil de ces années.

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

AC/FA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources

AJPA : Allocation Journalière du Proche Aidant

ALD : Affection Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : (Indicateur d') Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CAF : Caisses d'Allocations Familiales

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10e révision

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CTA : Coordinations Territoriales d'Appui

DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination

DMC : Dispositifs Médicaux Connectés

DMP : Dossier Médical Partagé

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

eCOBAHLT : Elderly Chronic diseases Online Biometric Analysis Home Living Technology

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé

GIR : Groupes Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

HTA : Hypertension Artérielle

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MRC : Maladie Rénale Chronique

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MT : Médecin Traitant

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

PA : Pression Artérielle

PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPcS : Plan Personnalisé de coordination en Santé

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

TA : Tension artérielle

TSDPPA : Télésurveillance à domicile par télémédecine de paramètres biométriques

UPSAV : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement

Table des matières

Introduction	24
I. Généralités	26
I.1. La personne âgée	26
I.1.1. Définition de la personne âgée	26
I.1.2. Vieillesse de la population française	26
I.1.3. Principales pathologies chez la personne âgée	28
I.1.4. Dépendance de la personne âgée	29
I.2. La démographie médicale en France	30
I.2.1. Point sur les médecins (généralistes et autres spécialistes) en France	30
I.2.2. Les médecins généralistes en France	31
I.2.3. Les « déserts médicaux » en France	32
I.2.4. Focus sur la démographie médicale dans le Limousin et le Loir-et-Cher	34
I.3. Le maintien à domicile	34
I.3.1. Généralités	34
I.3.2. Le maintien à domicile en France	34
I.3.3. Les ressources humaines	35
I.3.3.1. Les aidants familiaux	35
I.3.3.2. Les aidants médicaux et paramédicaux	36
I.3.3.3. Les aidants du secteur médico-social et sanitaire	37
I.3.4. Les aides matérielles	37
I.3.5. La coordination comme point-clé	38
I.3.6. La télémédecine : Généralités et législation	39
I.3.7. La télésurveillance en France	40
I.4. eCOBAHLT	41
I.4.1. Généralités	41
I.4.2. Méthodologie	41
I.4.3. Paramètres biométriques	42
I.4.4. Résultats	43
II. Matériel et Méthodes	44
II.1. Type d'étude	45
II.2. Population étudiée	45
II.3. Recueil des données	46
II.4. Analyse des données	49
II.5. Aspects éthiques et réglementaires	50
III. Résultats	52
III.1. Caractérisations sociodémographiques de la population d'étude	52
III.2. Résultats du code descriptif	53
III.3. Résultats du codage thématique	53
III.3.1. Les aidants	53
III.3.1.1. La famille et l'entourage	53
III.3.1.1.1. Présence d'aidants familiaux	53
III.3.1.1.2. Absence d'aidants familiaux	54
III.3.1.1.3. Epuisement de l'aidant familial	55
III.3.1.1.4. Les autres aidants autour de la personne âgée	55
III.3.1.2. Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux	55

III.3.1.2.1. Les infirmières libérales	55
III.3.1.2.2. Les infirmières Asalée et les infirmières en pratique avancée	56
III.3.1.2.3. Les pharmaciens	56
III.3.1.2.4. Les masseurs-kinésithérapeutes	56
III.3.1.2.5. Les autres spécialités médicales	57
III.3.1.2.6. Les aides-soignantes	57
III.3.1.2.7. Les orthophonistes	57
III.3.1.2.8. Les podologues	57
III.3.1.3. Les structures médico-sociales et sanitaires	57
III.3.1.3.1. Les MSP	57
III.3.1.3.2. L'HAD	58
III.3.1.3.3. Les équipes mobiles	58
III.3.1.3.4. Les SAAD/SSIAD	59
III.3.1.3.5. Les associations d'aide au maintien à domicile	59
III.3.1.3.6. Les structures d'accueil	60
III.3.1.4. Les aidants du secteur social	60
III.3.1.4.1. Assistantes sociales	60
III.3.1.4.2. Protection juridique	61
III.3.1.5. Les structures de coordination	61
III.3.2. Prise en charge de la personne âgée	62
III.3.2.1. La personne âgée	62
III.3.2.1.1. Age	62
III.3.2.1.2. Dépendance	62
III.3.2.1.3. Fragilité	63
III.3.2.1.3.1. Pathologies	63
III.3.2.1.3.2. Décompensation	63
III.3.2.1.4. Isolement	64
III.3.2.1.5. Précarité	64
III.3.2.2. Le maintien à domicile des personnes âgées	65
III.3.2.2.1. Description du maintien à domicile	65
III.3.2.2.2. Les limites	65
III.3.2.2.3. Les alternatives de maintien (hors institutionnalisation)	66
III.3.2.3. La place du médecin traitant dans la prise en charge de la personne âgée	67
III.3.2.3.1. Les patients âgés dans la patientèle	67
III.3.2.3.2. Le médecin, de plus en plus aidé	67
III.3.2.3.3. Les solutions personnelles	68
III.3.2.3.4. Les patients âgés vus en consultation	68
III.3.2.3.4.1. Répartition des patients vus en consultation	68
III.3.2.3.4.2. Manque d'offre de soins	69
III.3.2.3.4.3. Moyens de transport	70
III.3.2.3.5. Les patients âgés vus en visite	70
III.3.3. Moyens de communication	71
III.3.3.1. Moyens de communication avec les différents intervenants	71
III.3.3.1.1. Avec les IDE	71
III.3.3.1.2. Avec la MSP	72
III.3.3.1.3. Avec la DAC/PTA	73
III.3.3.1.4. Avec les autres médecins et les structures	73
III.3.3.1.5. Avec les pharmaciens	74

III.3.3.1.6. Avec les acteurs médico-sociaux.....	74
III.3.3.1.7. Avec les MKDE.....	75
III.3.3.1.8. Avec les aide-ménagères	75
III.3.3.1.9. Avec les auxiliaires de vie.....	75
III.3.3.1.10. Avec les autres	76
III.3.3.2. Avantages des moyens de communication	76
III.3.3.3. Inconvénients des moyens de communication	77
III.3.4. La télésurveillance.....	79
III.3.4.1. Description de la télésurveillance	79
III.3.4.2. Cibles de la télésurveillance.....	79
III.3.4.3. eCOBAHLT	81
III.3.5. Les avantages de la télésurveillance	81
III.3.5.1. Avantages pour le médecin.....	81
III.3.5.2. Avantages pour le patient.....	82
III.3.6. Les inconvénients et limites de la télésurveillance	82
III.3.6.1. Inconvénients pour le médecin.....	82
III.3.6.1.1. Flux d'informations	82
III.3.6.1.2. Importance de la clinique/de l'expérience	83
III.3.6.2. Inconvénients pour le patient	83
III.3.6.2.1. Contraintes techniques	83
III.3.6.2.2. La perte ou l'absence de la relation humaine.....	85
III.3.6.3. Limites	85
III.3.7. Perspectives de la télésurveillance (attentes et craintes).....	87
III.3.7.1. Perspectives pour le médecin	87
III.3.7.1.1. Un outil au service du médecin.....	87
III.3.7.1.1.1. Pour l'aider.....	87
III.3.7.1.1.2. Pour anticiper	88
III.3.7.1.2. Situations d'utilisation de la télésurveillance	88
III.3.7.1.2.1. Surveillance	88
III.3.7.1.2.2. Données rétrospectives.....	89
III.3.7.1.3. Attentes et demandes des médecins sur la télésurveillance	90
III.3.7.1.4. Appréhension des médecins.....	91
III.3.7.2. Perspectives pour le patient	92
IV. Discussion	93
IV.1. Choix de la méthode.....	93
IV.2. Modèle explicatif et carte conceptuelle	93
IV.2.1. La personne âgée, au cœur d'une prise en charge pluridisciplinaire	93
IV.2.2. Le médecin traitant, au cœur de cette prise en charge globale	94
IV.2.3. Les moyens de communication	95
IV.2.4. La télésurveillance	96
IV.2.5. Qu'attendre de la télésurveillance dans le futur ?	97
IV.2.6. La carte conceptuelle	98
IV.3. Analyse matricielle.....	99
IV.3.1. La prise en charge de la personne âgée	99
IV.3.1.1. Définition de la personne âgée	99
IV.3.1.2. Le maintien à domicile et l'offre de soins	99
IV.3.1.3. Consultations et visites : avantages et inconvénients	100
IV.3.1.4. Mode de transport.....	100

IV.3.2. Les avantages des aidants.....	100
IV.3.3. Les inconvénients des aidants	101
IV.3.4. Les moyens de communication	101
IV.3.5. La télésurveillance	102
IV.3.6. Les perspectives de la télésurveillance	103
IV.4. Forces et limites de l'étude	104
IV.4.1. Forces de l'étude.....	104
IV.4.2. Limites de l'étude	105
IV.5. Perspectives de cette étude.....	106
Conclusion	108
Références bibliographiques	110
Annexes	114
Serment d'Hippocrate.....	131

Table des illustrations

Figure 1 - Espérance de vie à la naissance en France des femmes et des hommes.....	27
Figure 2 - Pyramides des âges au 1er janvier 2024.....	28
Figure 3 - Nombre de pathologies chez les hommes selon l'âge en 2019	29
Figure 4 - Evolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010.....	30
Figure 5 - Structures par sexe et âge comparées des médecins en activité entre 2010 et 2023 (Hommes à gauche, Femmes à droite).....	31
Figure 6 - Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants au 1er janvier 2023....	32
Figure 7 - Part des médecins généralistes âgés de 55 ans et plus au 1er janvier 2023	33
Figure 8 - Déroulement de la prise en charge médicale du participant équipé	42

Table des tableaux

Tableau 1 : Variables des données sociodémographiques.....	49
Tableau 2 : Population d'étude	52

Introduction

L'évolution de la population âgée est un phénomène fascinant qui reflète les progrès de la civilisation humaine. Dans les sociétés anciennes, l'âge moyen de la population était relativement bas en raison des maladies, des guerres et des conditions de vie difficiles. Au fil des siècles, l'espérance de vie a considérablement augmenté grâce à l'avènement de la médecine moderne et des technologies de santé, à l'amélioration des conditions de vie et à une meilleure compréhension des pathologies.

Cependant, cette augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée de nouveaux défis, notamment la prévalence accrue des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers.

Les sociétés modernes doivent relever le défi de fournir des soins de santé adéquats, de promouvoir un vieillissement en bonne santé et de garantir une qualité de vie optimale pour les personnes âgées. L'évolution de la population âgée est un phénomène complexe, façonné par des facteurs biologiques, sociaux et culturels. L'étude de ces différents paramètres offre des perspectives précieuses pour comprendre les dynamiques démographiques et les besoins futurs en matière de santé publique.

La prise en charge de la population âgée en France est confrontée au problème des ressources médicales. En effet, le dernier atlas de la démographie médicale 2023 montre une quasi-stagnation du nombre de médecins par rapport à 2010, avec des chiffres en trompe-l'œil puisque cette érosion a été compensée par l'augmentation du nombre de médecins en activité intermittente et en cumul emploi-retraite. (1)

De plus, il existe des disparités territoriales importantes dans l'accès aux soins. Les zones rurales et périphériques des régions sont particulièrement touchées par le manque de médecins, ce qui impacte l'accès et le parcours de soins pour les populations vivant dans ces zones géographiques.

Pour toutes ces raisons, des réformes profondes du système de santé sont nécessaires pour répondre à ces enjeux.

Certaines de ces réformes sont déjà en cours, et l'on estime notamment qu'une augmentation de l'effectif des médecins devrait intervenir à partir de 2030 jusqu'en 2050 (+1,7 % de croissance annuelle de l'effectif). (2)

L'essor des nouvelles technologies pourrait être une piste d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dans le futur via la télémédecine, et notamment dans le domaine de la télésurveillance de cette population.

En ce sens, un essai clinique intitulé eCOBAHLT (pour **E**lderly **C**hronic diseases **O**nline **B**iometric **A**nalysis **H**ome **L**iving **T**echnology, soit en traduction littérale « *Analyse biométrique en ligne de la polypathologie chronique du sujet âgé à domicile* ») a été mené entre 2014 et 2016 par des gériatres du CHU de Limoges dans le Limousin et le Loir-et-Cher. (3)

L'objectif de cette recherche était de savoir si les nouvelles technologies (dont les dispositifs de télémédecine) pouvaient être « *des outils de surveillance et de coordination permettant d'éviter les réhospitalisations en apportant au médecin traitant l'expertise gériatrique et en impliquant l'usager (sujet âgé), ses aidants (professionnels ou non) et ses soignants de proximité.* »

Mon projet de recherche est une étude ancillaire de l'essai eCOBAHLT qui vise à explorer l'acceptabilité de tels outils auprès des médecins généralistes du Limousin avant d'en envisager le déploiement à plus grande échelle.

Afin de répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative phénoménologique, via des focus groupes, dont les résultats vous seront présentés dans la suite de ce manuscrit.

L'objectif principal de mon étude est donc **d'identifier et de décrire les freins et les attentes des médecins généralistes du Limousin concernant la télésurveillance des paramètres biométriques dans le suivi de patients âgés à domicile.**

En premier lieu, nous nous attarderons sur la **population âgée en France**, puis nous ferons un point sur la **démographie médicale**, et nous continuerons sur le **maintien à domicile** où nous discuterons de la télémédecine dans son ensemble (avec un focus sur la télésurveillance), et finirons par un chapitre sur l'étude **eCOBAHLT**.

Dans la suite, nous détaillerons la **méthode de recherche** utilisée, ainsi que les **résultats** obtenus après les différents entretiens collectifs réalisés avec des médecins généralistes.

Ces résultats amèneront à une **discussion** sur la place de ces nouveaux dispositifs dans la prise en charge de nos patients âgés, et notre place de médecin traitant vis-à-vis de ces nouveaux objets qui pourraient être une piste pour l'amélioration de cette prise en charge.

I. Généralités

I.1. La personne âgée

I.1.1. Définition de la personne âgée

La définition d'une personne « âgée » est par principe très subjective, et dépend de nombreux paramètres (contexte, géographie, civilisation).

Il existe différents moyens de définir une personne âgée :

- **L'âge chronologique** est le critère le plus simple et le plus couramment utilisé. En France et dans de nombreux pays, on considère généralement qu'une personne devient « âgée » à partir de 60 ans. En France, cet âge est l'un des critères d'éligibilité de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). (4)
- **L'âge biologique** prend en compte l'état de santé, les capacités physiques et mentales. Par exemple, une personne de 60 ans en bonne santé peut avoir un âge biologique inférieur à une personne de 70 ans avec des problèmes de santé.
- **La dépendance**, qu'elle soit physique ou mentale, est un critère important pour définir les besoins spécifiques d'une personne âgée.
- **Le rôle social** car la définition d'une personne âgée peut varier selon le rôle qu'elle occupe dans la société. Une personne qui a cessé son activité professionnelle peut être considérée comme âgée par exemple, même si elle est en bonne santé.

En partant de cette limite d'âge de 60 ans, Muriel Boulmier propose une classification de la population âgée en 3 groupes : (5)

- Les jeunes retraités (60-74 ans), encore appelés « *jeunes séniors* » (60-70 ans) : Souvent en bonne santé, ces personnes sont souvent actives et autonomes.
- Les personnes âgées (75-84 ans) : Elles peuvent présenter des problèmes de santé plus importants et nécessiter une aide plus régulière.
- Les « *très vieilles personnes* » (85 ans et plus) : Ce groupe est particulièrement vulnérable et souvent dépendant, et nécessite une prise en charge régulière sur le plan médical et paramédical.

I.1.2. Vieillesse de la population française

Au Moyen Âge, l'espérance de vie moyenne était d'environ 30 à 40 ans. Les maladies infectieuses, la malnutrition et les conditions de vie précaires étaient des facteurs majeurs de mortalité. Avec la Renaissance et les progrès scientifiques, l'espérance de vie a commencé à augmenter progressivement. Et au XIX^e siècle, les révolutions industrielles et médicales ont apporté des améliorations significatives dans les domaines de l'hygiène, de la nutrition et des soins de santé.

Au XX^e siècle, les progrès en matière de vaccination, d'antibiotiques et de traitements médicaux ont permis de lutter efficacement contre de nombreuses maladies infectieuses. L'espérance de vie a ainsi continué de croître au fil des siècles, atteignant en moyenne 70 à 80 ans dans de nombreux pays développés. L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre en fonction des conditions de mortalité

actuelles, alors que l'espérance de vie en bonne santé indique le nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, sans limitations majeures dues à la maladie ou l'incapacité.

En 2023, l'espérance de vie à la naissance en France atteignait 85,7 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes. (6)

L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie à la naissance d'ici à 2060. Cette année-là, elle devrait être de 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes.



Figure 1 - Espérance de vie à la naissance en France des femmes et des hommes

Source : Insee (Institut national de la statistique et des études économiques)

L'espérance de vie à la naissance pour les femmes en 2023 dans le Limousin est assez homogène, entre 85,1 ans en Creuse et 85,5 ans en Corrèze et en Haute-Vienne. On note cependant une disparité concernant l'espérance de vie à la naissance pour les hommes qui est de 80,2 ans en Haute-Vienne et 79,9 ans en Corrèze, mais de 77,9 ans en Creuse.

Grâce à l'augmentation de cette espérance de vie, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population mondiale a augmenté et devrait continuer d'augmenter jusqu'à la moitié du XXI^e siècle. L'OMS estime que la part des plus de 60 ans devrait presque doubler entre 2015 et 2050, passant de 12 % à 22 %, et devrait représenter plus de 2 milliards d'individus dans le monde d'ici à 2050. (7)

En France, depuis 2022 une personne sur cinq a 65 ans ou plus, et ils devraient être plus de 20 millions en 2050, dont 12 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus (soit 16,4 % de la population). Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million à 5 millions en 2060. (8)

La pyramide des âges au 1^{er} janvier 2024 présentée ci-dessous montre le vieillissement de la population avec une augmentation nette des plus de 55 ans depuis 2004, et un accroissement des plus de 70 ans depuis 2019, et ce tant du côté des hommes que des femmes.

Cela s'explique par le vieillissement des générations issues du baby-boom, contribuant à cette tendance depuis la fin des années 2000 (+2,1 % de croissance sur la période 2008-2018,

contre seulement +1,3 % sur la période 1999-2008), mais aussi par une baisse globale du taux de fécondité depuis une dizaine d'années (exception faite de 2021). (9)

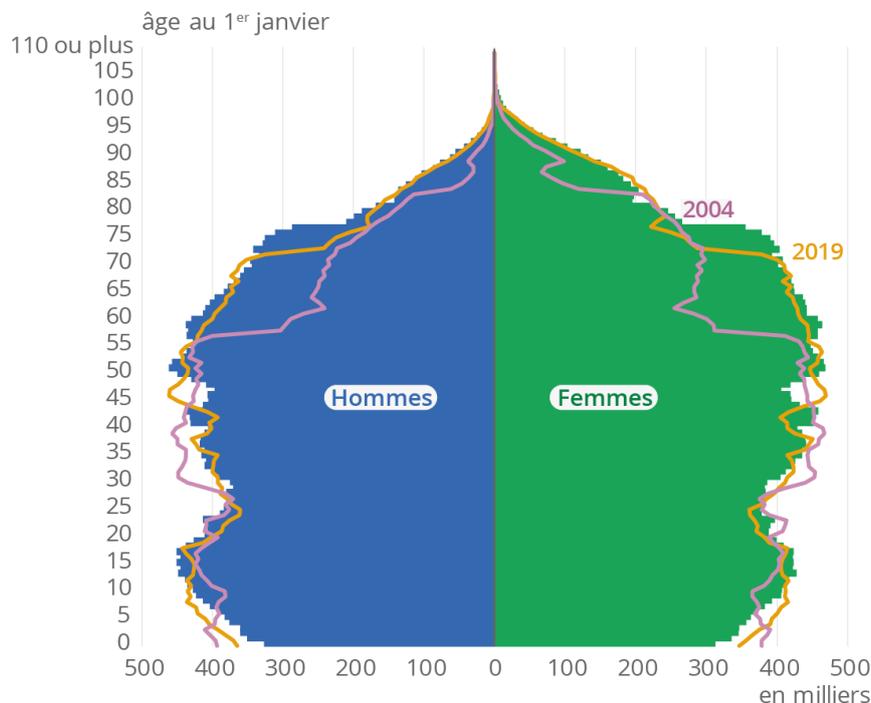


Figure 2 - Pyramides des âges au 1er janvier 2024

Source : Insee

I.1.3. Principales pathologies chez la personne âgée

Selon l'OMS, « le déficit auditif, la cataracte et les défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, la dépression et la démence sont des problèmes de santé courants chez les personnes âgées. »

En 2013, un rapport de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) présentait un tableau concernant les principales pathologies chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Ce tableau présente toutefois quelques limites puisque ce classement avait été reconstitué à partir de différentes informations (ALD, consommations médicamenteuses, CIM-10 de PMSI) et excluait de fait certaines pathologies comme la polyarthrite (annexe 1).

De façon plus générale, les principales pathologies chez la personne âgée peuvent être classées de la façon suivante : diabète traité, maladies cardiovasculaires, AVC (Accidents vasculaires cérébraux), affections respiratoires, cancers, maladies neurologiques, démences.

La vieillesse s'accompagne souvent d'apparition de plusieurs pathologies chez les personnes âgées, qu'on qualifie alors de « polypathologiques ». Des résultats de 2022 publiés par la

Drees montre l'augmentation de la prévalence de la polypathologie, avec 17 % des femmes et 26 % des hommes qui cumulent au moins trois pathologies à partir de 75 ans en 2019.

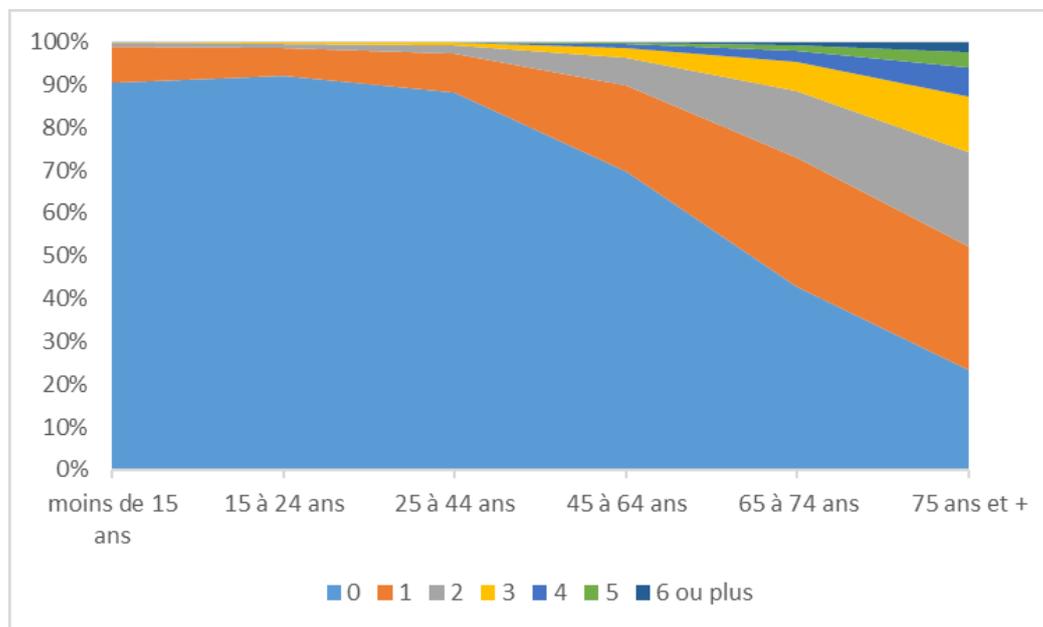


Figure 3 - Nombre de pathologies chez les hommes selon l'âge en 2019

Source : Drees. L'état de santé de la population en France

Allant avec cette idée de polypathologie, la prise en charge des patients âgés est souvent plurifactorielle et donc pluridisciplinaire. En ce sens, une thèse soutenue en 2016 à Nice présentait un état des lieux du maintien à domicile du sujet âgé vu par le MG, avec les difficultés rencontrées dans cette prise en charge et leur avis à propos des réseaux de gérontologie (qui est l'étude du vieillissement dans toutes ses dimensions). Les MG indiquaient vouloir être mieux informés de l'existence des réseaux de gérontologie et des aides proposées par le réseau. La plupart souhaitaient que ce réseau soit rendu plus accessible autant pour le personnel soignant que pour les familles (carnet d'adresses, permanence téléphonique, ...). L'idée du travail d'équipe et d'une coordination entre les différents acteurs, ainsi que le repérage et l'anticipation des problèmes à venir étaient des pistes que les MG considéraient comme importantes pour améliorer le maintien à domicile des personnes âgées. (10)

I.1.4. Dépendance de la personne âgée

Sur le plan législatif, la définition de la dépendance, que l'on peut aussi qualifier de perte d'autonomie, est la suivante : « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. » (11)

Selon Santé Publique France, « plus d'1,4 million de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile peuvent être considérées comme dépendantes » et on estime que ce chiffre pourrait monter à environ 3 millions en 2030. (12)

En France, environ 15,3 % des personnes de 60 ans ou plus sont en situation de perte d'autonomie.

Cette perte d'autonomie est évaluée à partir d'une grille nationale, la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) (13) (annexe 2), qui mesure le degré de dépendance en se basant sur les activités de la vie quotidienne, telles que la toilette, l'habillement, l'alimentation et la mobilité. Les personnes sont classées en six GIR (Groupes Iso-Ressources), allant des GIR 1 à 4 (qualifiées de dépendantes et bénéficiant de l'APA) aux GIR 5 et 6 (peu ou pas dépendantes).

La dépendance n'est pas spécifique d'une personne mais la probabilité de perte d'autonomie, souvent liée au vieillissement et aux maladies chroniques associées à la vieillesse, augmente avec l'âge. Ainsi, si seulement 2 % des 60-79 ans bénéficient de l'APA, ce taux augmente à 18 % pour les 80-89 ans et atteint 50 % à partir de 90 ans.

Une étude de 2009 en Dordogne comparait des GIR avec des profils Iso-SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) et il en sortait comme conclusion que « un résident peut être classé dans un GIR qui ne correspond pas à son niveau de perte d'autonomie et, en conséquence, ne pas recevoir l'allocation financière à laquelle il a droit » et inversement. (14)

I.2. La démographie médicale en France

I.2.1. Point sur les médecins (généralistes et autres spécialistes) en France

Dans son dernier Atlas démographique national 2023, le Conseil national de l'Ordre des médecins note une augmentation continue des médecins en activité, cachant cependant une stagnation des médecins en activité régulière (197 417 médecins) compensée par l'augmentation de remplaçants et de médecins en cumul emploi-retraites.

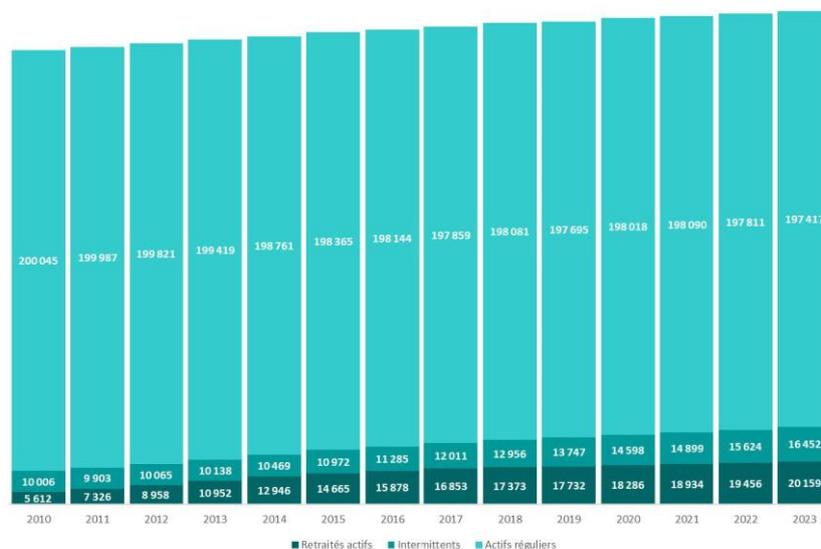


Figure 4 - Evolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010

Source : CNOM

Les médecins en activité sont âgés en moyenne 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'âge moyen est resté le même depuis 2010 mais cache en réalité une augmentation nette des effectifs aux deux extrémités de la pyramide des âges. Actuellement, la proportion des médecins de 60 ans et plus reste supérieure à celle des jeunes médecins.

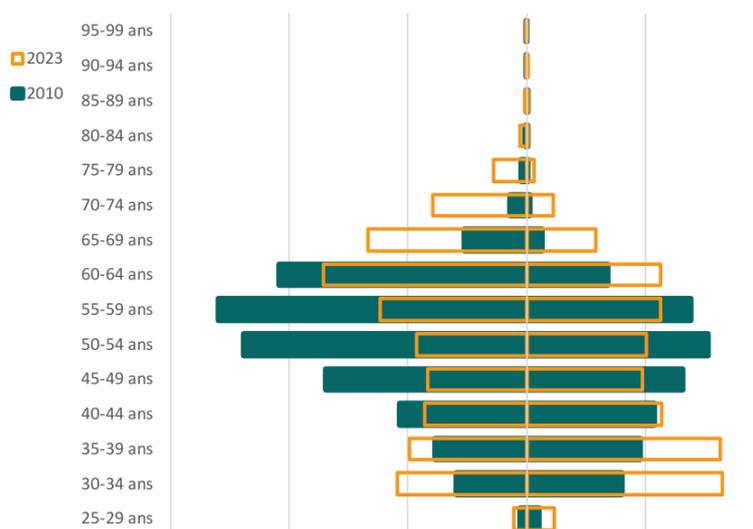


Figure 5 - Structures par sexe et âge comparées des médecins en activité entre 2010 et 2023 (Hommes à gauche, Femmes à droite)

Source : CNOM

I.2.2. Les médecins généralistes en France

La France comptait 99 500 médecins généralistes en activité en France au 1er janvier 2023 inscrits à l'Ordre et ayant donc un numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). Le nombre de médecins généralistes en activité continue de diminuer (-500 depuis le 1er janvier 2022) tandis que celui des médecins spécialistes continue de croître (+1 300). (2)

Contrairement aux médecins spécialistes hors MG où la part de médecins salariés peut atteindre 58,7 % chez les spécialistes médicaux et où la part de médecins libéraux exclusifs est minoritaire (30,3 %), la part de MG libéraux exclusifs reste majoritaire à 57,3 %, contre 35,5 % pour une activité salariée et 7,2 % pour une activité mixte.

Les projections réalisées par la Dress montrent une stagnation des effectifs de médecins jusqu'en 2027, avant une hausse importante des effectifs jusqu'en 2050 (+1,7 % de croissance annuelle moyenne). Il devrait y avoir 128 600 MG en 2050. La densité médicale ne commencerait cependant à augmenter qu'à partir de 2032, pour être de 182,3 MG pour 100 000 habitants en 2050, soit un taux supérieur de 31 % à la densité actuelle. (15)

A noter que dans son rapport « Charges et Produits – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025 », l'effectif de MG est totalement différent, annoncé à 56 606 en 2022. Cela est probablement dû à une différence de méthodologie pour le décompte (« Sont présentées ici

seulement les professions dont l'activité est remboursée par l'Assurance Maladie »). Cependant, la cinétique reste identique à celle du CNOM puisque l'organisme annonce une baisse de 4,7 % concernant les MG entre 2017 et 2022 alors que l'on note une évolution de +1,4 % du nombre de médecins spécialistes (hors MG). (16)

I.2.3. Les « déserts médicaux » en France

Les « déserts médicaux » sont devenus un sujet récurrent au cours des dernières années, au point que des propositions concernant précisément cette problématique sont désormais intégrées dans les programmes politiques. Lors des législatives 2024, le camp présidentiel indiquait dans son programme vouloir faire passer le nombre d'étudiants en médecine de 11 000 à 17 000 ou encore augmenter le nombre de délégations d'actes médicaux à d'autres professions, quand le Nouveau Front Populaire défendait de son côté une « régulation à l'installation dans les déserts médicaux » ou encore le rétablissement de permanences par les soignants libéraux, et que le Rassemblement national promettait un allègement des dispositifs de cumul emploi-retraite pour les médecins et les infirmiers (avec exonération de ces revenus).

Un désert médical sous-entend une inégalité d'accès aux soins de santé entre les différentes régions, et implique de nombreuses difficultés : « augmentation des délais pour obtenir une consultation médicale, déport de consultations vers les urgences médicales (qui peut aboutir à l'engorgement des urgences) ou encore difficultés à trouver un médecin traitant (ce qui peut entraîner une rupture du parcours de soins) ». (17)

A noter que même si le terme de « déserts médicaux » est largement utilisé, la Dress établissait dans un de ses dossiers en 2017 l'absence de zone totalement dépourvue d'accès aux soins et que cette expression « fonctionne toujours essentiellement comme une métaphore saisissante, qui ne se réfère à aucun contenu concret ». (18)

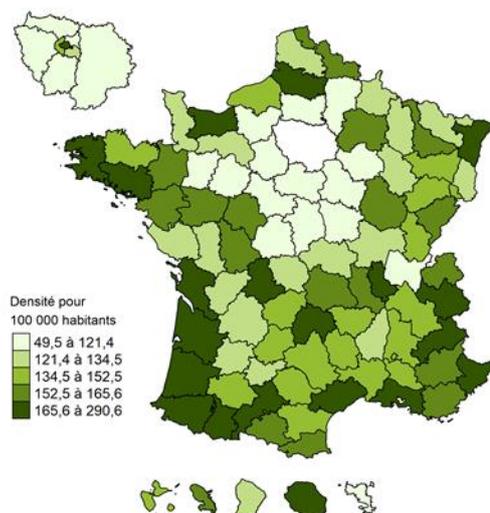


Figure 6 - Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants au 1er janvier 2023

Source : RPPS 2023, ASIP-Santé ; estimations de population 2023, Insee ; traitements Drees.

Si la densité de médecins de 339 médecins pour 100 000 habitants en 2023 (147 pour les MG, 193 pour les autres spécialités) reste à un niveau stable depuis 2014 (337 médecins pour 100 000 habitants) et dans la moyenne des pays de l'OCDE, cette densité est inégale sur le territoire français. Si le département des Hautes-Alpes compte 291 généralistes pour 100 000 habitants, ceux de l'Eure-et-Loir, de la Seine-et-Marne, de l'Eure, du Val-d'Oise, du Cher et de la Seine-Saint-Denis présentent une densité de MG inférieure à 100 praticiens pour 100 000 habitants (et même de seulement 50 généralistes pour 100 000 habitants à Mayotte) comme le montre la figure 6 de la page précédente. (19)

De même, on remarque des inégalités concernant le taux d'évolution des densités car si l'on constate sur le plan national une diminution de la densité des MG de -5 % entre 2013 et 2023 au niveau national, la densité dans les Hautes-Alpes augmente de 26,4 %, quand on note une baisse entre 12 et 23 % de cette densité dans les départements de l'Île de France.

Et cette inégalité pourrait à l'avenir se majorer car on retrouve une densité de médecins au-dessous de la moyenne dans les départements où le vieillissement des praticiens est fort. Au niveau national, 45 % des MG sont âgés de 55 ans ou plus. Cette part est faible en Guyane (31 %) et n'atteint pas les 40 % dans 23 autres départements, mais elle dépasse les 50 % dans 42 départements et 60 % dans 8 départements.

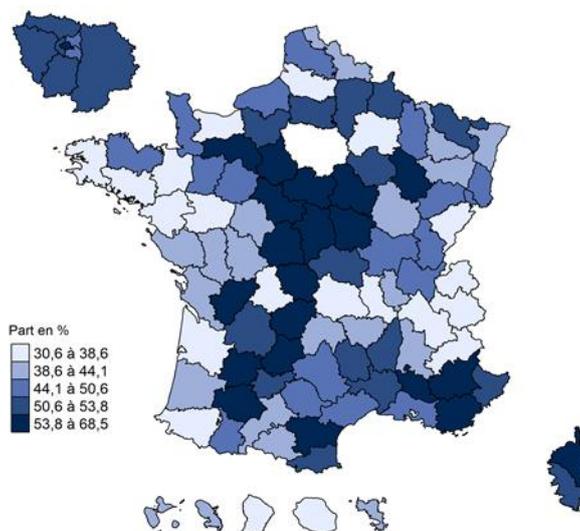


Figure 7 - Part des médecins généralistes âgés de 55 ans et plus au 1er janvier 2023

Source : RPPS 2022, ASIP-Santé ; estimations de population 2022, Insee ; traitements Drees.

Pour répondre à cette problématique, la méthode du zonage permet aux pouvoirs publics, et notamment aux ARS (agences régionales de santé), d'identifier ces territoires où l'offre de soins est insuffisante. Le zonage s'appuie sur l'APL (Indicateur d'accessibilité potentielle localisée). Dans ces territoires, des aides à l'installation de nouveaux professionnels de santé peuvent être décidées (aides financières de l'assurance maladie, contrat d'engagement de service public (CESP), contrat de début d'exercice (CDE), aides des collectivités territoriales).

L'annexe 3 montre l'APL dans les départements concernés par l'étude eCOBAHLT.

I.2.4. Focus sur la démographie médicale dans le Limousin et le Loir-et-Cher

Selon les décomptes effectués au 1^{er} janvier 2023, on compte 642 MG en Haute-Vienne, 374 MG dans le Loir-et-Cher 346 MG en Corrèze, et 146 MG en Creuse.

Si la densité médicale au niveau national est de 146,6 MG pour 100 000 habitants, celle de la Haute-Vienne est supérieure (173,13), contrairement aux 3 autres départements (145,51 en Corrèze, 127,91 en Creuse, et seulement 114,24 en Loir-et-Cher). (2)

Et si l'âge moyen des MG est de 50,7 ans en France, seul le département de la Haute-Vienne a un âge moyen plus bas (49,3 ans), alors que cet âge moyen monte à 53,2 ans en Corrèze, 54,2 ans en Loir-et-Cher, et jusqu'à 56,9 ans en Creuse.

En dehors de la Haute-Vienne, les départements du Limousin et du Loir-et-Cher, concernés par l'expérimentation eCOBAHLT, semblent moins bien dotés en termes d'accès aux soins pour la population, et a fortiori pour les personnes âgées, que la population nationale.

I.3. Le maintien à domicile

I.3.1. Généralités

Le maintien à domicile des personnes âgées en France est devenu une préoccupation majeure dans notre société, visant à favoriser l'autonomie et le bien-être des seniors. En 2021, environ 7 % des personnes de 60 ans ou plus vivant à leur domicile étaient en perte d'autonomie, ce taux dépassant 9 % dans les départements les plus pauvres et/ou avec le moins de places d'hébergement (20). Ce taux augmente aussi avec l'âge (il atteint environ 40 % pour les 90 ans ou plus) et touche davantage les femmes que les hommes. Il y a 1,3 million de bénéficiaires de l'APA, dont 60 % vivent à domicile tandis que les 40 % restants résident en établissement. En effet, 80 % des Français expriment une nette préférence pour vieillir à domicile plutôt qu'en établissement. Ce qui implique de développer des solutions adaptées au maintien à domicile : disponibilité et répartition des professionnels de santé dont les MG, accessibilité aux soins et aux aides nécessaires pour maintenir les personnes âgées dans leur environnement familial. Les politiques publiques visent à encourager ce maintien à domicile, reflétant la préférence croissante des Français pour cette option.

I.3.2. Le maintien à domicile en France

Une étude de la Dress publiée en 2023 comparait la population des personnes âgées vivant à domicile et celle vivant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) (21).

Il en ressortait que les personnes en établissement, surtout les plus jeunes, sont plus isolées sur le plan familial que les personnes à domicile (un senior sur quatre en établissement n'a aucun enfant en vie, contre un sur dix à domicile), montrant l'importance des aidants familiaux dans le maintien à domicile des personnes âgées.

De plus, les patients en EHPAD présentaient des difficultés motrices importantes, mais aussi des trous de mémoire, des difficultés pour comprendre et se faire comprendre, pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne, et des difficultés à nouer des relations (cette différence étant plus importante pour les patients les plus jeunes âgés de moins de 75 ans). Ces caractéristiques doivent permettre d'anticiper les conditions de possibilité concrètes d'un maintien à domicile important, voire total. Elles impliquent en particulier l'existence et la viabilité économique du secteur de l'aide à domicile (aide-ménagère, repas, toilette) mais aussi une prise en charge médicale et paramédicale à domicile (aide à la prise de médicaments, actes infirmiers ou de kinésithérapie, prise en charge de la fin de vie).

Les cartes présentées dans l'annexe 4 semblent montrer une fracture nette entre le Nord et le Sud de la France, avec une moitié sud fortement accessible à l'offre d'aides à domicile notamment sur le plan sanitaire (infirmières, SSIAD et HAD).

I.3.3. Les ressources humaines

I.3.3.1. Les aidants familiaux

Le « proche aidant » d'une personne âgée en perte d'autonomie, est une personne (conjoint, concubin, parent ascendant ou descendant, toute personne alliée ou résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables comme un voisin ou un ami) « *qui lui apporte son aide pour une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne de manière régulière et fréquente, et à titre non professionnel.* » (22)

Les aidants familiaux jouent un rôle crucial dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils apportent une aide précieuse dans les activités quotidiennes telles que l'hygiène personnelle, l'habillage, et les déplacements, tout en veillant à la sécurité et au bien-être de leurs proches. Ils sont aussi souvent responsables de la gestion des soins de santé (vérification de la prise des médicaments, transport/accompagnement lors des consultations médicales). Le soutien émotionnel et social qu'ils offrent est également essentiel pour prévenir l'isolement et aider les personnes âgées à faire face aux défis du vieillissement.

En France, 4,3 millions de personnes aident régulièrement un de leurs aînés. Parmi elles, 2,8 millions apportent une aide à la vie quotidienne à une personne âgée vivant à domicile. 62 % des aidants familiaux sont des femmes.

Cependant, ce rôle parfois permanent mais essentiel peut être exigeant tant sur le plan physique que psychologique, et il est important pour les aidants de trouver un équilibre entre leurs responsabilités et leurs propres besoins, en envisageant par exemple de déléguer certaines tâches à des professionnels qualifiés. Des accompagnements, notamment sur le plan financier, et des formations sont disponibles pour les aider à mieux comprendre leur rôle et à préserver la qualité de la relation avec leurs proches dépendants.

Il existe plusieurs aides à destination des proches aidants (22), mais ces aides sont souvent insuffisantes. A titre d'information, le montant journalier de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) est de 64,54 €. Il existe aussi des aides fiscales (23) ou des formations. (24)

L'aide au répit permet aux proches aidants de personnes âgées bénéficiant de l'APA de se reposer ou de dégager du temps en finançant des solutions, et cette aide au répit doit être

prise en compte et inscrite dans le plan d'aide APA. Ce droit au répit est inscrit dans la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. (22)

Bien que relativement nouveau en France, le balluchonnage (pratique originaire du Québec) pourrait constituer une alternative intéressante aux modes de garde traditionnels. Il consiste à envoyer un individu chez une personne âgée dépendante pour remplacer temporairement l'aidant principal, tout en assurant la continuité des soins à domicile. Le balluchonneur s'installe chez la personne âgée et prend en charge les tâches quotidiennes, les soins personnels et offre une présence rassurante 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. (25)

I.3.3.2. Les aidants médicaux et paramédicaux

En plus des aidants proches, plusieurs professionnels interviennent et jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées. Ils contribuent à améliorer la qualité de vie de ces personnes et à retarder leur entrée en institution.

Le médecin généraliste est un rouage essentiel, car il assure le suivi médical global et la coordination du maintien à domicile de la personne âgée. Il peut effectuer des visites à domicile si cela s'avère nécessaire.

Les infirmiers administrent les soins infirmiers techniques (pansements, injections...), parfois les soins de nursing (aide à la toilette, à l'alimentation...), et sont parfois l'une des seules personnes rendant régulièrement visite aux personnes âgées, notamment les plus isolées.

Les aides-soignants aident aux soins d'hygiène corporelle et de confort, aident aux transferts, surveillent l'état général de la personne. Le manque de professionnels de santé peut entraîner un glissement de tâche de ces professionnels, ce qui n'est pas sans poser de problème.

Les pharmaciens fournissent les médicaments et peuvent parfois faire des livraisons à domicile pour les personnes n'ayant aucune autre solution pour récupérer leurs ordonnances.

Les kinésithérapeutes réalisent des séances de rééducation pour maintenir ou améliorer les capacités physiques de la personne et ainsi permettre leur maintien à domicile.

Selon les besoins de la personne, d'autres professionnels peuvent intervenir.

Les ergothérapeutes évaluent les capacités de la personne et adaptent son environnement pour faciliter son autonomie.

Les psychologues offrent un soutien psychologique.

Les orthophonistes travaillent sur les troubles de la communication.

Les pédicures-podologues soignent les affections des pieds.

L'intervention de ces différents professionnels médicaux et paramédicaux à domicile nécessite une coordination des soins autour de la personne qui incombe au médecin traitant.

I.3.3.3. Les aidants du secteur médico-social et sanitaire

Les aides à domicile assistent les personnes âgées dans les tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, et les courses.

Les auxiliaires de vie sociale (AVS) aident les personnes âgées dans les actes essentiels de la vie quotidienne, comme l'hygiène, l'habillage, et les déplacements.

Les assistants sociaux aident les personnes âgées et leur famille à accéder aux services et aux aides financières disponibles, et les soutiennent dans leurs démarches administratives.

Il existe d'autres structures pouvant intervenir dans le maintien à domicile des personnes âgées :

- Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) assurent des soins infirmiers et paramédicaux au domicile des personnes âgées ;
- Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile) accompagnent et aident les personnes âgées dans les actes de la vie quotidienne et dans la vie sociale. Ils fournissent un soutien pour les tâches domestiques, les courses, les repas, etc. ;
- Les SPASAD (Services polyvalents d'aides et de soins à domicile) combinent à la fois des services d'aide et des soins à domicile ;
- Le dispositif d'Aide au maintien à domicile (AMD) favorise et maintient l'autonomie des personnes âgées en leur apportant une assistance adaptée en leur fournissant des aides techniques, des adaptations du domicile et des conseils pour faciliter la vie quotidienne ;
- Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) peuvent organiser la mise en place du portage de repas à domicile. Les CCAS proposent également des aide-ménagères, des SSIAD, ou encore à des activités sociales et de loisirs. Ils instruisent également les demandes d'aides financières et de logement social, et orientent les usagers vers les services adaptés.

I.3.4. Les aides matérielles

En 2024, la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) consacre 40,6 milliards d'euros à l'aide à l'autonomie des personnes âgées ou handicapées, dont 16,26 Mds pour le financement des établissements et services médico-sociaux aux personnes âgées (+53 % entre 2019 et 2024) et 3,11 Mds au titre de l'APA (annexe 5). (26)

La grille AGGIR est utilisée pour évaluer la dépendance par l'équipe médico-sociale du département qui se rend au domicile du demandeur de l'APA, qui classe la personne selon un GIR (permettant de bénéficier ou non de l'APA entre GIR 1 et GIR 4). A domicile, les GIR 4 représente 58 % des bénéficiaires, quand le GIR 3 et 2 représentent respectivement 22 % et 18 % et seulement 2 % des bénéficiaires sont classés en GIR 1. Cette répartition est complètement différente en établissement puisque les GIR 2 sont majoritaires avec 44 % des bénéficiaires et les GIR 1 représentent 13 % des bénéficiaires.

Pour information, le plafond mensuel maximal de l'APA à domicile pour le GIR 1 (classe de personnes âgées la plus dépendante) est de 1 955,6 € en 2024. (26)

La vieillesse s'accompagnant souvent d'une perte d'autonomie chez les personnes âgées (notamment après 90 ans), l'adaptation du logement à ces limitations fonctionnelles est un point-clé pour le maintien à domicile de cette population.

L'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat) et la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) proposent des aides financières pour l'adaptation du logement des personnes âgées, dans le cadre du dispositif « Bien vieillir chez soi ». Ces aides couvrent des travaux d'aménagement pour améliorer la sécurité et l'accessibilité du logement (remplacement de la baignoire par une douche de plain-pied, installation d'un monte-escalier électrique).

Depuis le 1^{er} janvier 2024, ces aides ont été regroupées dans le dispositif MaPrimeAdapt' qui aide à la réalisation de travaux d'adaptation du logement. Cette aide financière est réservée aux propriétaires occupants et aux locataires du parc privé sous conditions de revenu et pour les 70 ans ou plus (ou entre 60 et 69 ans et avec un GIR compris entre 1 et 6), et finance de 50 % à 70 % du montant (plafond de travaux subventionnables de 22 000 € HT) (annexe 6).

I.3.5. La coordination comme point-clé

Au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent venir en appui des parcours de santé de la population sur des problématiques différentes, rendant leur intervention peu lisible :

- Les réseaux de santé ;
- Les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) ;
- Les plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
- Les coordinations territoriales d'appui (CTA) de l'expérimentation PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ;
- Les CLIC.

C'est dans ce contexte que sont nés les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé du 14 juillet 2019 en regroupant ces dispositifs en un interlocuteur unique depuis juillet 2022 qui vient en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. Ces structures sont composées d'une équipe pluriprofessionnelle (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) et visent à faciliter la coordination des parcours de santé des personnes en situation complexe, notamment les personnes âgées pour : (27)

- Informer, orienter et accompagner les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, ainsi que les patients et leurs proches aidants ;
- Évaluer la situation et les besoins de la personne, proposer un parcours de santé personnalisé et coordonné en accord avec le MT et en lien avec les autres professionnels ;
- Coordonner et sécuriser le retour à domicile après une hospitalisation ;
- Mettre en place un plan personnalisé de coordination en santé (PPcS) et ouvrir un dossier numérique de coordination ;
- Soutenir les proches aidants et faciliter leur parcours.

Les 3 niveaux d'action des DAC sont donc l'appui aux professionnels, l'accompagnement des personnes, et la participation à la coordination territoriale. (28)

Les CLIC sont des structures de proximité créées en 2001 et dédiées à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et de leur entourage. Ils offrent une gamme de services incluant l'accueil, l'écoute, l'information, et l'orientation vers les aides disponibles. Les CLIC évaluent les besoins des personnes âgées et élaborent des plans d'aide personnalisés, en collaboration avec divers acteurs médico-sociaux (Conseil général, communes, CCAS, services de l'État, caisses d'assurance maladie, associations, hôpitaux, réseaux de santé, structures d'hébergement, services sociaux, professionnels de santé). Ils peuvent également coordonner des services tels que l'aide à domicile, le portage de repas, et la téléassistance. Les CLIC organisent aussi des actions de prévention et de soutien aux aidants familiaux.

I.3.6. La télémédecine : Généralités et législation

La télémédecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications et les technologies de l'information et de la communication. Si le concept est ancien, son essor véritable est lié aux avancées technologiques du XXe siècle. Le terme de télémédecine a été introduit pour la première fois en 1974 dans la littérature médicale anglo-saxonne. En France, la télémédecine a commencé à se développer en 2009 avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) qui définit pour la première fois cette pratique. Par la suite, le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 encadre cette pratique en définissant cinq actes de télémédecine : (29)

« *Relèvent de la télémédecine [...] les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :*

- *1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ;*
- *2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;*
- *3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. [...];*
- *4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;*
- *5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale [...]. »*

La télésanté englobe la télémédecine (avec les 5 types d'actes mentionnés ci-dessus) et un autre domaine d'activité qu'est le télésoin, qui correspond à la réalisation de soin à distance par les professionnels de la pharmacie et les auxiliaires médicaux. (30)

Après plusieurs années d'expérimentations, la généralisation et le remboursement de la téléconsultation par l'Assurance Maladie ont été actés le 15 septembre 2018, ce qui a permis de démocratiser cette pratique (31). Mais c'est surtout la pandémie de COVID-19 qui a accéléré son adoption, avec une augmentation significative des téléconsultations et des télésoins (notamment grâce à la prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie et la suppression du respect du parcours de soin). Aujourd'hui, la télémédecine est bien ancrée dans les mœurs des Français, avec une offre qui se structure et se développe continuellement.

I.3.7. La télésurveillance en France

La télésurveillance médicale est donc un acte de télémédecine qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.

La télésurveillance a d'abord été conçue et déployée dans un cadre expérimental au titre du dispositif « ETAPES » (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) entre 2014 et 2021. Les objectifs de la télésurveillance sont de contribuer à stabiliser la maladie, voire à améliorer l'état de santé par le suivi régulier d'un professionnel médical, mais aussi à améliorer la qualité de vie par la prévention des complications et une prise en charge au plus près du lieu de vie, et ainsi diminuer les hospitalisations et les passages aux urgences. Elle renforce aussi la coordination des différents professionnels de santé autour du patient.

La télésurveillance permet à un professionnel médical, dit « opérateur », d'interpréter des données de santé à distance pour le suivi médical d'un patient, voire d'adapter sa prise en charge. Pour interpréter ces données, l'opérateur de télésurveillance a recours à un équipement ou logiciel dit « dispositif médical numérique » (annexe 7). (32)

Même si toutes les situations médicales sont potentiellement concernées par la télésurveillance, seules les pathologies publiées par voie d'arrêté ministériel dans le Journal officiel après avis de la HAS (Haute Autorité de santé) sont ouvertes à la prise en charge dans le cadre du droit commun depuis le 1^{er} juillet 2023 (33). Il s'agit des pathologies suivantes : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète, oncologie, et arythmie cardiaque (prothèse cardiaque implantable).

Concrètement, tout médecin peut adresser un patient vers une prise en charge en télésurveillance mais seul l'opérateur peut prescrire une activité de télésurveillance médicale.

Il s'agit d'un préalable indispensable à la réalisation et à la prise en charge de l'activité de télésurveillance.

Comme pour tout acte médical, l'opérateur de télésurveillance établit un compte rendu de la télésurveillance. Ce compte rendu doit être intégré dans le dossier médical partagé (DMP) au sein de l'espace numérique de santé du patient (« Mon espace santé »), et est adressé par messagerie sécurisée de santé (MSS) au médecin prescripteur et au patient (et aussi au médecin traitant s'il est différent du médecin prescripteur).

Un « forfait opérateur » rémunère le suivi médical effectué par le médecin réalisant une activité de télésurveillance. Il s'agit d'un forfait par patient de 11 € ou 28 € (défini par l'arrêté du 16 mai 2023) fixé en fonction des moyens humains, de l'accompagnement thérapeutique et des actes de coordination entre professionnels de santé qui sont nécessaires pour la prise en charge du patient. (32)

Il existe un dispositif numérique de télésurveillance médicale nommé PRESAGE qui utilise l'intelligence artificielle pour prédire les risques de santé et d'hospitalisations non programmées chez les personnes âgées de 65 ans et plus, atteintes de pathologies chroniques. PRESAGE peut prédire « *les passages en urgence avec 7 à 14 jours d'avance grâce à des algorithmes basés sur plus d'un million de données en vie réelle* ».

Dans une étude menée entre 2020 et 2011 dans 3 villes françaises (Marseille, Versailles et Dinan), il a été observé seulement 2 passages aux Urgences parmi les 131 visites effectuées par une IDE ou le MG après une alerte déclenchée par le dispositif (soit 1,5 % de passages aux Urgences), alors que 36 passages aux Urgences ont été dénombrés à la suite de 274 alertes n'ayant pas entraîné de visites par un professionnel de santé (soit un taux de 13,4 %). L'apparition d'alertes suivie d'un passage d'une IDE ou du MG a donc permis de diminuer de 90 % le risque de passage aux Urgences (OR de 0.10, soit $(1-0.1) * 100$). (34)

Tout en montrant une efficacité dans la réduction du risque de passage aux Urgences, l'étude montre toutefois la nécessité d'utiliser ces dispositifs comme des outils d'aide à la décision ou à la prise en charge des malades et non comme un système autonome sans intervention des professionnels de santé auprès de cette population fragile que sont les personnes âgées.

I.4. eCOBAHLT

I.4.1. Généralités

La santé connectée (ou « e-santé »), via l'essor des nouvelles technologies (terme large englobant toutes les innovations technologiques récentes) et notamment l'utilisation de montres connectées et d'autres dispositifs similaires, est de plus en plus présente dans notre vie quotidienne. Ces objets promettent et permettent de surveiller divers paramètres de santé en temps réel, offrant ainsi de nouvelles possibilités pour le suivi et la gestion de notre bien-être. Cependant, malgré leur popularité croissante, les études approfondies sur l'évaluation et le bénéfice de ces dispositifs, notamment sur la population âgée, semblent encore rares.

Le projet eCOBAHLT est né des suites de l'appel à projets IC@RE lancé en 2012 par un consortium mené par la société LEGRAND, et qui avait pour objectif « d'évaluer à grande échelle les impacts médico-sociaux, économiques et organisationnels de solutions technologiques pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ».

L'expérimentation mise en place avec le CHU de Limoges visait à évaluer l'impact médico-économique du déploiement de ces équipements, plus précisément de la domotique pour la prévention des hospitalisations pour chutes). Elle souhaitait aussi « *démontrer l'intérêt clinique d'une intervention de télémédecine par télésurveillance / téléexpertise gériatrique clinique de la polypathologie des personnes âgées à domicile* » (correspondant à l'étude eCOBAHLT).

I.4.2. Méthodologie

L'objectif principal de l'étude était d' « *évaluer à 12 mois l'efficacité de la télésurveillance à domicile par télémédecine de paramètres biométriques (TSDPPA) sur l'incidence cumulée des réhospitalisations non programmées pour décompensation d'au moins une pathologie chronique préexistante à l'inclusion des sujets âgés polypathologiques.* »

Pour cela, 268 personnes âgées de 65 ans ou plus et vivant dans les départements du Limousin ou en Loir-et-Cher ont été équipées d'un dispositif comprenant une tablette numérique, un logiciel de cahier de liaison, et de différents capteurs biométriques. Les données étaient envoyées, via un logiciel de télésurveillance communiquant avec les capteurs biométriques, à l'UPSAV (Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement) du CHU de Limoges. Le groupe témoin n'était lui équipé d'aucun dispositif.

Les patients âgés devaient être polyopathologiques (c'est-à-dire avec 2 pathologies ou plus) et avoir été hospitalisés l'année précédant l'inclusion pour une décompensation d'une de leurs pathologies chroniques préexistantes. Le suivi a été achevé en juin 2016.

Au cours de l'étude, les intervenants (notamment le médecin traitant et IDE) pouvaient bénéficier de l'expertise gériatologique des gériatres via un logiciel nommé e-GEROPASS.

Le schéma suivant explique les différentes étapes de la prise en charge des patients :

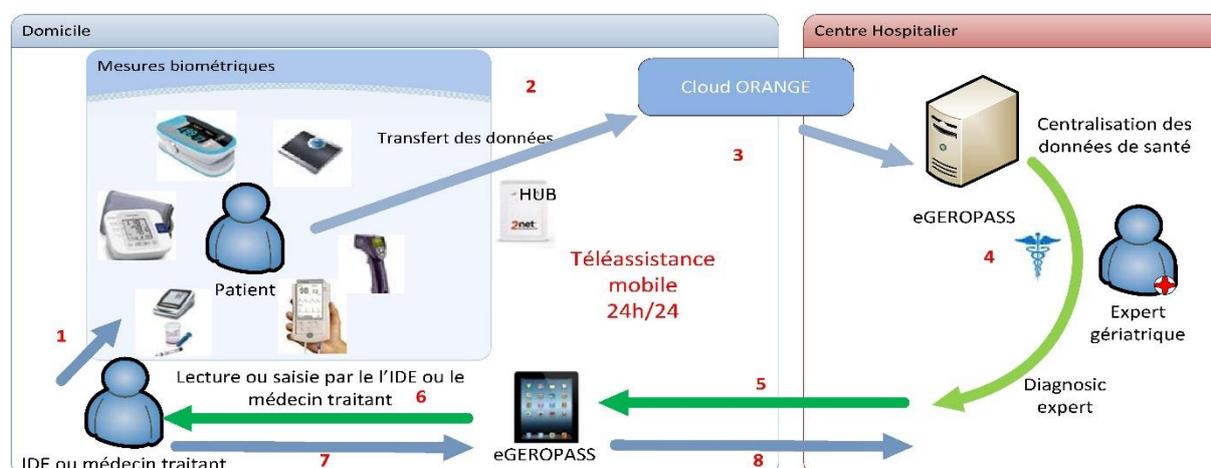


Figure 8 - Déroulement de la prise en charge médicale du participant équipé

Source : Protocole de l'étude eCOBAHLT

Une visite a été effectuée au domicile au moment de l'inclusion ainsi qu'à la fin de l'évaluation soit à M12, avec un recueil mensuel.

Au bout des 12 mois de l'évaluation, l'efficacité du dispositif TSDPPA (télésurveillance à domicile par télémedecine de paramètres biométriques de la personne âgée) était évaluée sur l'incidence cumulée à 12 mois des réhospitalisations non programmées pour décompensation d'une des pathologies chroniques des patients par rapport au groupe témoin. Des critères de jugement secondaires ont aussi été analysés (nombre de recours aux Urgences, nombre de réhospitalisations, nombre de jours d'hospitalisation, nombre de consultations du MT).

I.4.3. Paramètres biométriques

Le kit de capteurs utilisé pour l'étude était composé d'un thermomètre, un tensiomètre, un fréquencemètre cardiaque, un pèse-personne, un glucomètre et d'un oxymètre (à noter que la pression artérielle et le pouls étaient pris par le même brassard).

Ces six paramètres biométriques mesurés (TA, pouls/fréquence cardiaque, température, poids, glycémie capillaire, oxymétrie) permettent de surveiller les pathologies les plus fréquentes chez les personnes âgées et qui étaient incluses dans cette étude comme :

- l'insuffisance cardiaque : la pression artérielle avec un objectif tensionnel < 130/80 mm Hg, le pouls à la recherche d'une arythmie par AC/FA (arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire), la prise de poids qui est un signe d'alerte de décompensation ;
- l'insuffisance rénale chronique/MRC (maladie rénale chronique) : poids et pression artérielle ;
- le diabète : glycémie ;
- l'HTA : pression artérielle ;
- la BPCO : saturation en oxygène ;
- l'AVC : pression artérielle, pouls.

I.4.4. Résultats

Les résultats de l'étude ont montré qu'au bout des 12 mois d'évaluation, près de 40,4 % du groupe intervention (patients équipés du dispositif) ont été réhospitalisés pour des décompensations d'une de leurs maladies chroniques, contre 48,7 % pour le groupe contrôle. Sur le plan statistique, l'analyse des données a révélé une réduction de 28 % du risque de réhospitalisation chez ce type de population suite à l'utilisation du dispositif de TSDPPA. (3)

II. Matériel et Méthodes

Le maintien à domicile des personnes âgées sera un sujet de plus en plus prédominant du fait du vieillissement de la population française et d'une baisse de l'effectif des médecins généralistes (au contraire des médecins spécialistes).

Différentes pistes sont proposées pour relever ce défi :

- Les récentes réformes entamées sur la densité médicale qui ne porteront leur fruit que d'ici 8 à 10 ans ; (15)
- La publication d'une recommandation HAS intitulée « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires » avec pour premier objectif d'« identifier un groupe de patients à qui proposer une prise en charge renforcée et pluriprofessionnelle » ; (35)
- Le développement et le déploiement de nouveaux dispositifs que l'on pourrait englober dans le terme « m-santé » (santé mobile).

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les résultats de l'étude eCOBAHLT ont montré que la télésurveillance réduit de façon significative le risque de réhospitalisation non programmée (associée à un temps de passage aux Urgences plus long ou un taux d'hospitalisation post-Urgence plus important) sur décompensation de maladies chroniques des patients âgés polypathologiques (36).

Cependant, même si les MG ont de grandes attentes liées à l'essor des NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) et plus récemment à l'explosion de l'intelligence artificielle, la plupart d'entre eux formulent des craintes. Dans sa thèse d'exercice en 2023 sur les « Attentes et craintes des médecins généralistes bretons vis à vis des aides au diagnostic informatisées », Thibault Lemetayer identifiait que les médecins interrogés étaient nombreux à percevoir l'intérêt de ces nouvelles technologies pour simplifier leur travail (tâches chronophages, répétitives), mais qu'ils exprimaient des craintes, entre autres sur le parasitage des informations ou la perte du sens clinique. (37)

L'étude eCOBAHLT a été menée de 2014 à 2016 avec un logiciel @GEROPASS mis à disposition par un consortium et une télésurveillance assurée par les médecins du pôle de gériatrie du CHU affectés à l'UPS AV. Compte tenu de ces éléments, il me paraissait pertinent de s'interroger sur l'acceptabilité et la faisabilité par les médecins généralistes du développement de ce modèle dans les territoires.

Notre question de recherche était « **Qu'attendent les médecins généralistes de ce mode de surveillance des paramètres biométriques au domicile et qu'est-ce que cela peut leur apporter dans le cadre du suivi et de la prise en charge de leurs patients âgés ?** ».

Notre objectif principal de recherche était donc de **décrire les freins et les attentes des médecins généralistes concernant la télésurveillance par télémedecine de paramètres biométriques dans le suivi de patients âgés à domicile.**

II.1. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche qui était de savoir ce qu'attendent les médecins généralistes du Limousin de la mise en place d'un tel dispositif de télésurveillance par télé-médecine de paramètres biométriques chez leurs patients âgés à domicile, nous avons prévu une étude qualitative en théorisation ancrée menée jusqu'à saturation des données et avec trois niveaux de codage.

En effet, la population devait initialement être à la fois des généralistes ayant participé à l'étude eCOBAHLT, mais nous voulions aussi recruter des généralistes n'ayant aucun vécu vis-à-vis de la télésurveillance de paramètres biométriques. Ainsi, grâce à la théorisation ancrée nous aurions pu faire générer des théories à partir des données recueillies sur le terrain. En effet, la théorisation ancrée repose sur une approche inductive, où les concepts et les catégories émergent progressivement à mesure que les données sont analysées de façon itérative.

Cependant, nous avons par la suite privilégié une approche phénoménologique, à partir d'un échantillon raisonné, puisque le recrutement des médecins généralistes a finalement été restreint à la liste des médecins ayant participé à l'étude eCOBAHLT et ayant un vécu vis-à-vis de la TSDPPA. Nous avons cherché à obtenir une compréhension profonde et riche, et saisir leur ressenti personnel vis-à-vis de cette expérience vécue par les participants. Nous avons respecté le principe de suffisance. La suffisance des données est atteinte lorsque la collecte de nouvelles données n'apporte plus d'informations supplémentaires par rapport aux données déjà collectées.

L'analyse a été menée à trois niveaux de codage : descriptif, thématique et matriciel avec triangulation des données.

II.2. Population étudiée

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

Critères d'inclusion :

- Médecins généralistes volontaires, sans limite d'âge, exerçant une activité libérale complète ou mixte ;
- Ayant eu au moins un de leurs patients (ou d'un de leurs collègues si exercice en MSP) inclus dans l'étude eCOBAHLT ;
- Zone géographique : départements du Limousin (Corrèze, Creuse, Haute-Vienne).

Critères d'exclusion :

- Toutes catégories professionnelles ne correspondant pas aux critères d'inclusion ;
- Refus de participation.

Comme indiqué précédemment, la population étudiée devait initialement comprendre tout médecin généraliste du Limousin souhaitant participer à la thèse. Cela a débuté par l'envoi de 35 mails à un échantillon de MG situés dans les trois départements du Limousin le 23 août 2021, suivi deux semaines plus tard d'un appel téléphonique au cabinet médical ou à la MSP du médecin. A l'issue de ces deux méthodes de contacts, deux retours de mail ont été reçus (un positif, un négatif) ainsi que deux rappels téléphoniques parmi les médecins contactés (tous les deux pour un retour négatif). Un rappel téléphonique a été effectué un mois après, mais comme pour les précédentes fois, un contact direct avec le médecin généraliste n'a pu être établi (message laissé à la secrétaire avec le motif de mon appel, ainsi que mes coordonnées téléphoniques) et il n'a été obtenu aucun nouveau retour suite à ces rappels.

L'argumentaire d'accroche utilisé est présent en annexe 8.

Devant ces résultats, il a alors été décidé de modifier la méthode de recrutement. La liste des médecins dont des patients avaient été inclus dans l'étude eCOBAHLT, qui étaient des patients hospitalisés précédemment au CHU de Limoges pour décompensation d'une de leurs pathologies chroniques, a été récupérée auprès des promoteurs. Cette liste anonymisée ne comprenait aucune information sur les patients, mais uniquement 64 noms de médecins avec leurs lieux d'exercice (adresse, code postal, ville). Cependant, cette liste datant de 2014-2015, il a été nécessaire d'effectuer un premier filtre afin d'enlever les médecins dont le contact n'était plus possible (retraite, déménagement dans un autre département, ou décès).

L'approche de l'analyse qualitative basée sur l'aspect phénoménologique étant fondée sur un échantillonnage raisonné, les soignants ont été recrutés dans cette liste.

Au total, 13 médecins ont ainsi été recrutés sur la base du volontariat sur la même méthode d'appels téléphoniques, avec un recrutement réellement significatif entre août 2023 et avril 2024. Des propositions de dates ont été faites à chacun d'entre eux afin d'organiser au mieux les focus groupes selon leurs localisations géographiques et leurs disponibilités.

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 ce qui nécessitait d'évaluer l'apparition ou non de nouvelles idées à l'issue de chaque focus groupe. Il était prévu initialement d'organiser au moins un focus groupe par département du Limousin. Toutefois, le nombre de MG volontaires en Creuse n'était pas suffisant (la liste ne comprenait que 3 médecins situés en Creuse et ayant participé à l'étude).

Nous avons constaté que la suffisance des données a été atteinte après la réalisation de trois séances d'entretiens collectifs semi-dirigés (focus groupes), auxquelles ont participé au total 11 médecins généralistes.

Deux participants qui étaient inscrits pour le focus groupe du 14 mai 2024 n'ont pu participer, expliquant la présence de deux participants seulement à cette réunion.

II.3. Recueil des données

Le recueil des données a eu lieu lors de trois sessions d'entretiens de groupes semi-dirigés, composées de deux à cinq participants qui étaient tous des médecins généralistes libéraux.

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 de six questions ouvertes, courtes et claires : (annexe 9)

1. Comment décririez-vous la population des patients âgés que vous prenez en charge à domicile ?
2. Avec quels professionnels collaborez-vous pour maintenir vos patients âgés à domicile ?
3. Comment partagez-vous les informations avec ces professionnels ?
4. Que représente pour vous la Télésurveillance par télé-médecine de paramètres biométriques ?
5. Quels sont pour vous les avantages de la télésurveillance à domicile par télé-médecine de paramètres biométriques ?
6. Quels sont pour vous les inconvénients de la télésurveillance à domicile par télé-médecine de paramètres biométriques ?

Le rôle de la modératrice était d'animer la séance, mais aussi de recentrer les propos autour du thème en cas de discussions trop éloignées du sujet, et de relancer la discussion si besoin.

L'utilisation de questions ouvertes préférentiellement aux questions fermées permet de favoriser les échanges et les interactions. La première question dite « brise-glace » permet de lancer la discussion. Les questions suivantes sont des relances permettant d'aboutir à des réponses concernant la question de recherche.

Il est à noter que les questions ont été reformulées après un retour du comité éthique du CHU de Limoges. En effet, la première version du guide d'entretien contenait des questions que l'on pouvait considérer comme trop vagues sur la notion de télésurveillance, et les questions 4 à 6 ont donc été modifiées afin de préciser le type de télésurveillance en rapport avec l'étude eCOBAHLT sur laquelle se base ma question de recherche, qui est donc une « télésurveillance à domicile par télé-médecine de paramètres biométriques ».

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.

A noter que ce guide d'entretien a été testé par deux experts.

Question n°1 : Comment décririez-vous la population des patients âgés que vous prenez en charge à domicile ? (« Brise-glace »)

La première question permettait d'introduire le sujet et d'établir un premier contact avec les participants en leur demandant de décrire de façon globale « la population âgée » (définition, dichotomie patient vu en consultation/patient vu en visite, sujet du maintien à domicile).

Question n°2 : Avec quels professionnels collaborez-vous pour maintenir vos patients âgés à domicile ?

Elle avait pour but de commencer à faire préciser aux participants l'ensemble des professionnels intervenant sur la prise en charge concernant cette population spécifique que sont les patients âgés. Les axes de relance de la deuxième question étaient de connaître les motifs de sollicitation de ces personnes ou structures, et quelles étaient les résultats de leur intervention ou non (difficultés ou non à les contacter, disponibilité rapide ou au contraire délai trop long, absence de moyen de transport).

Question n°3 : Comment partagez-vous les informations avec ces professionnels ?

Les axes de relance étaient de lister les différents moyens de communication utilisés et de savoir quels étaient les avantages et les inconvénients de tel ou tel moyen de communication expliquant leur utilisation ou non par les participants.

Question n°4 : Que représente pour vous la Télésurveillance par télémedecine de paramètres biométriques ?

La question n°4 réorientait vers le thème de la recherche en interrogeant sur la connaissance de cet outil. Les axes de relance concernaient les exemples d'utilisation (avec la citation de l'étude eCOBAHLT pour ceux s'en rappelant), les cibles attendues et intéressantes dans leur pratique médicale de paramètres télésurveillés.

Question n°5 : Quels sont pour vous les avantages de la télésurveillance à domicile par télémedecine de paramètres biométriques ?

Question n°6 : Quels sont pour vous les inconvénients de la télésurveillance à domicile par télémedecine de paramètres biométriques ?

Les questions n°4 et n°5 avaient pour but de répondre clairement à l'objectif de l'étude, c'est-à-dire définir les freins et les attentes des médecins généralistes concernant la télésurveillance par télémedecine de paramètres biométriques dans le suivi de leurs patients âgés à domicile. La première devait permettre d'identifier les aspects positifs et les attentes des MG sur ce sujet et la seconde, de façon opposée, les aspects négatifs (notamment les limites du sujet).

Après avoir réussi à recruter suffisamment de participants dans une zone géographique donnée, il était convenu d'un lieu situé idéalement au centre et à égale distance de chacun des participants. Les trois réunions-débats se sont déroulées entre avril et mai 2024 selon la répartition suivante : le 25 avril 2024 en Haute-Vienne dans une salle communale de la ville de Couzeix avec quatre participants, le 14 mai 2024 en Haute-Vienne dans une salle de réunion à la faculté de Limoges avec deux participants et le 28 mai 2024 en Corrèze dans la MSP de Seilhac avec cinq participants.

Les séances ont été réalisées en fin de journée, à partir de 19h30-20h00 pour permettre aux médecins généralistes qui travaillaient ce jour-là de pouvoir s'organiser pour participer aux focus groupes sans pour autant trop amputer leur organisation de consultations et de rendez-vous de l'après-midi. Il était mis à disposition des participants quelques éléments à grignoter en mode « buffet ». Chaque soirée s'est déroulée de manière identique.

Deux observateurs dont le thésard ont participé à l'ensemble des trois réunions-débats, notamment pour s'assurer du bon enregistrement sonore durant les entretiens collectifs. L'intervention des observateurs s'est voulue minimale pour assurer le respect des silences et l'expression des opinions de chaque participant. Le thésard devait observer les gestuelles et interactions non verbales des participants et les noter afin de les ajouter dans l'analyse des entretiens collectifs.

Les participants s'installaient aléatoirement autour des tables disposées de façon circulaire afin de faciliter les échanges visuels et la parole. Un chevalet avec leur prénom inscrit dessus

était posé devant chaque participants. La modératrice et le chercheur principal (et le deuxième observateur) étaient eux à deux extrémités opposées.

Chaque entretien a débuté par une présentation synthétique permettant d'amener le sujet (sans le dévoiler totalement), de recueillir les consentements éclairés et de rappeler le caractère non rigide de la discussion, mais en rappelant toutefois de bien énoncer son nom avant chaque intervention. Le but était de créer un environnement propice à l'échange.

Une fiche signalétique, contenant certaines informations socio-démographiques nécessaires pour une analyse fine des données, était remplie par les participants avant le début de la discussion (annexe 10). Les informations récupérées étaient le genre du participant, l'âge, le nombre d'années d'exercice de médecine, le type de lieu d'exercice, et le type de dossier médical utilisé pour leurs patients. Les différentes propositions de choix sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Variables des données sociodémographiques

Genre	Féminin	Masculin	
Âge	< 50	50-60	> 60
Durée d'exercice de médecine (années)	< 20	20-29	> 29
Lieu d'exercice	Urbain	Semi-rural	Rural
Type de dossier médical	Dossier médical non informatisé	DMI avec stockage local	DMI en ligne

Légende : DMI = Dossier médical informatisé

Cette fiche était ensuite anonymisée via l'attribution d'un numéro de participant à chaque fiche.

Après l'accord des participants, toutes les données verbales ont été enregistrées sur un dictaphone numérique Sony® et le téléphone portable du chercheur principal via une application dédiée ne stockant pas l'audio dans un nuage numérique (« cloud ») et gardant toutes les données en local uniquement. Un troisième enregistreur était utilisé a été utilisé en tant que solution de secours en cas d'échec des deux enregistrements principaux.

A la fin de chaque focus groupe, une transcription complète mot à mot (littérale et exhaustive) de ces données a été réalisée de façon manuelle à l'aide du logiciel Microsoft Word®, réalisée de manière la plus fidèle possible, sans reformulation. Par la suite, les données non verbales notées sur un fichier texte ont été ajoutées directement sur la retranscription écrite de la réunion que l'on appelle le « verbatim » (extrait en annexe 11).

II.4. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel numéro NVivo® dans sa version 14, solution de codage faisant référence pour les analyses qualitatives, selon un principe itératif

permettant la réalisation de trois niveaux de codage : codage descriptif, codage thématique, et codage matriciel. Une triangulation des données a été réalisée sur les premières questions avec la directrice de cette thèse, afin de vérifier la cohérence du codage avec une personne ayant l'expérience des thèses qualitatives.

Dans une étude qualitative à approche phénoménologique, les trois niveaux de codage sont similaires à ceux utilisés dans d'autres méthodes qualitatives, mais l'accent est mis sur la compréhension des expériences vécues des participants.

Le **codage descriptif** (ou codage ouvert), qui est la première étape, consiste à lire attentivement les données et à identifier des unités significatives de texte (qui sont des mots-clés, des expressions ou des idées significatives). Ces unités sont ensuite étiquetées avec des codes descriptifs qui reflètent les thèmes ou les concepts émergents. Le but est de décomposer les données en segments plus petits et de commencer à organiser les informations, afin de découvrir des éléments significatifs dans les récits des participants.

Un extrait de ce codage est visible en annexe 12.

Lorsque l'analyse des transcriptions des entretiens collectifs n'identifie plus de nouvelle idée, on considère la suffisance des données atteinte et le recueil est alors terminé.

Lors du **codage thématique** (ou codage axial), qui est le deuxième niveau de codage, les codes identifiés lors du codage ouvert sont regroupés en catégories plus larges que sont les « thèmes ». Les relations entre ces catégories sont explorées pour comprendre comment elles interagissent et se connectent. Ce niveau de codage peut être représenté par l'intermédiaire d'une carte mentale ou carte conceptuelle représentant ces thèmes et leurs connexions entre elles. Cette étape permet de structurer les données et de développer des liens entre les concepts.

Les **matrices** dans l'analyse qualitative sont des représentations visuelles synthétiques des données. Elles aident à structurer les informations et à identifier des corrélations entre certains thèmes et certaines catégories spécifiques des participants. Dans cette thèse, nous avons cherché à croiser les données du codage avec les caractéristiques socio-démographiques des participants (recueillies via leur fiche signalétique) afin d'identifier des tendances et des relations entre différentes variables.

Ces trois niveaux de codage permettent de structurer et d'analyser les données qualitatives de manière systématique, tout en restant fidèle à l'approche phénoménologique qui vise à comprendre les expériences subjectives des individus.

II.5. Aspects éthiques et 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.

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 47-2024-07, délivré en 2024) afin de ne pas exclure la possibilité d'une publication ultérieure (annexe 13).

Les consentements oraux des participants ont été recueillis au début de chaque séance.

Les modalités d'utilisation des données récoltées ont été expliquées au début de chaque entretien collectif. Le chercheur principal s'est engagé auprès des participants à un usage strictement confidentiel des données recueillies et ayant pour unique but les travaux de cette recherche. Les données ne seront utilisées à aucune autre fin. Le thésard a par ailleurs proposé de communiquer ses travaux aux participants après la présentation de ces derniers.

Les données recueillies ont ensuite été anonymisées et identifiées par ordre numérique en fonction de la chronologie des entretiens et par ordre alphabétique (1^e lettre du nom de chaque participant dans le groupe).

III. Résultats

III.1. Caractérisations sociodémographiques de la population d'étude

Les données sociodémographiques de chaque participant sont détaillées dans le tableau ci-dessous. Au total, onze médecins généralistes libéraux ont participé à un des trois entretiens collectifs de l'étude.

Tableau 2 : Population d'étude

Individu	Genre	Age	Durée d'exercice de la médecine (ans)	Lieu d'exercice	Type de dossier médical
Participant 01	Féminin	< 50	20-29	Urbain	DM informatisé avec stockage en ligne
Participant 02	Féminin	> 60	20-29	Urbain	DM informatisé avec stockage local
Participant 03	Masculin	50-60	20-29	Semi-rural	DM informatisé avec stockage en ligne
Participant 04	Féminin	> 60	> 29	Rural	DM informatisé avec stockage en ligne
Participant 05	Masculin	< 50	< 20	Semi-rural	DM informatisé avec stockage en ligne
Participant 06	Féminin	< 50	< 20	Rural	DM informatisé avec stockage en ligne
Participant 07	Masculin	50-60	> 29	Rural	DM informatisé avec stockage local
Participant 08	Masculin	> 60	> 29	Rural	DM informatisé avec stockage local
Participant 09	Masculin	< 50	20-29	Rural	DM informatisé avec stockage local
Participant 10	Féminin	> 60	> 29	Rural	DM informatisé avec stockage en ligne
Participant 11	Féminin	< 50	< 20	Rural	DM informatisé avec stockage en ligne

Légende : DM = dossier médical

L'échantillon est à peu près équilibré au niveau du genre puisqu'il y avait presque autant de femmes (six) que d'hommes (cinq).

Les âges s'échelonnent de 36 à 63 ans avec une moyenne d'âge de 53 ans et une médiane d'âge de 58 ans. Trois d'entre eux ont moins de 43 ans, tandis que cinq d'entre eux avaient 60 ans ou plus.

Concernant la durée d'exercice dans la profession, la durée moyenne est d'environ 22,8 ans. Ils exercent tous la médecine depuis au moins 8 ans, et quatre exercent depuis au moins 30 ans (le plus expérimenté exerce depuis 34 ans).

Les participants exercent majoritairement en milieu rural pour presque 2/3 d'entre eux, l'autre tiers étant réparti équitablement entre le semi-rural et l'urbain (deux participants dans chaque classe de lieu d'exercice).

Enfin, tous les médecins ont déclaré un dossier médical informatisé, avec un stockage en ligne (« cloud ») pour les 2/3 d'entre eux et stockage local pour tous les autres participants.

III.2. Résultats du code descriptif

L'objectif principal de cette étude est de **décrire les freins et les attentes des médecins généralistes du Limousin concernant la télésurveillance par télé-médecine de paramètres biométriques dans le suivi de patients âgés à domicile.**

Le premier entretien collectif a duré 1 heure, 14 minutes, 25 secondes, alors que le second a duré 56 minutes, 36 secondes (seulement deux participants), et le dernier groupe de discussion a duré 1 heure, 18 minutes, 21 secondes. La durée totale des 3 entretiens collectifs était donc de 3 heures, 29 minutes et 22 secondes.

Un premier encodage a été réalisé à la suite de la lecture des trois verbatims. Ce jet a donné un ensemble de 142 codes.

Après triangulation des données, 133 idées ont été identifiées et codées (annexe 14) pour un total de 3594 références.

III.3. Résultats du codage thématique

Nous les avons regroupées en sept grands thèmes.

En premier lieu, nous avons regroupé les **aidants intervenant autour de la personne âgée** qu'ils soient familiaux, professionnels de santé médicaux ou paramédicaux ou encore du milieu médico-social.

Puis nous avons regroupé tous les codes en rapport avec **la prise en charge de la personne âgée**, avec la définition et les caractéristiques de la personne âgée, mais aussi la prise en charge par le médecin traitant sur le maintien à domicile, ainsi que les avantages et les inconvénients des consultations et des visites à domicile.

Pour mettre en relation les différents intervenants autour de la personne âgée, nous avons regroupé tous les codes concernant les **moyens de communication**, avec notamment les avantages et les inconvénients tant du côté médecin que du côté patient.

Ensuite, nous nous sommes intéressés à la **télésurveillance**, avec ses définitions et les variables biométriques à surveiller par les médecins généralistes, et sur l'étude eCOBAHLT.

Nous avons aussi analysé **les avantages** puis exploré **les limites et les inconvénients** que les médecins généralistes voyaient à l'utilisation de cette surveillance, à la fois pour eux mais aussi pour leurs patients.

Enfin, nous formulerons les **perspectives de la télésurveillance** en identifiant les craintes et les attentes des participants vis-à-vis de cette pratique.

III.3.1. Les aidants

III.3.1.1. La famille et l'entourage

III.3.1.1.1. Présence d'aidants familiaux

La famille, et plus particulièrement les enfants des personnes âgées, a été citée comme aidant par tous les participants ou presque.

« Parmi les interlocuteurs peut-être les plus importants pour le maintien à domicile, c'est la famille » (participant n°8)

« Ils sont souvent accompagnés effectivement de la famille ou des enfants » (participant n°3)

« C'est les enfants aussi qui avaient mis ça en place » (participant n°2)

La présence de ces aidants est souvent essentielle pour ces patients, et il semble très difficile de concevoir un maintien à domicile sans entourage familial (cité par quatre participants).

« Une personne seule en maintien à domicile, c'est quand même très chaud » (participant n°8)

« [...] quelqu'un qui était grabataire, dont sa femme s'occupait, vraiment, il n'y avait pas mieux » (participant n°2)

Les aidants s'occupent aussi souvent d'amener les patients en consultation et éviter ainsi les visites à domicile pour le médecin traitant (cité par deux participants).

« Ils sont souvent accompagnés effectivement de la famille ou des enfants » (participant n°3)

« Mais qui peuvent être maintenus à domicile et amenés par les familles » (participant n°8)

Parfois, c'est aussi le contraire et la présence de l'aidant est plus un inconvénient qu'un bénéfice (cité par deux participants).

« Ils doivent être accompagnés, mais quelquefois ce n'est pas toujours aidant » (participant n°1)

III.3.1.1.2. Absence d'aidants familiaux

Les participants ont aussi évoqué le cas de personnes âgées se retrouvant seules, isolées (cité par quatre participants).

« Il y en a qui sont abandonnés, ils sont tout seuls, pas de famille » (participant n°4)

« Les gens n'ont pas toujours de la famille » (participant n°2)

« [...] pour les personnes âgées où il n'y a plus personne pour s'occuper » (participant n°2)

Parfois il arrive que de la famille soit présente mais qu'elle ne s'occupe pas de la personne âgée, pour une raison ou pour une autre (cité par deux participants).

« Il y en a qui ont leurs enfants qui n'ont pas le temps de s'en occuper » (participant n°4)

« Je pense à la famille. Et s'il y a de la famille, souvent, il n'y a pas forcément de la famille proche » (participant n°7)

III.3.1.1.3. Epuisement de l'aidant familial

Toutefois, être aidant d'une personne dépendante est une réelle contrainte et qui peut amener à un épuisement des aidants (cité par deux participants).

« C'est sa femme qui commence à saturer fort, fort, fort. C'est des gens qui voyageaient. [...] Là, elle n'a pas trouvé de personne de confiance. Là, elle se retrouve coincée » (participant n°9)

« Souvent on a de la famille qui vivent ou qui subissent des fois des situations très très difficiles, [...], qu'il faut écouter et protéger » (participant n°8)

« Parce qu'on connaît tous ces couples où il y a quelqu'un qui est dément et puis c'est celui qui n'est pas dément qui meurt avant parce qu'il est épuisé » (participant n°8)

Il existe alors des solutions pour aider à soulager ces aidants (cité par trois participants).

« L'accueil de jour c'est très bien. Ça soulage les familles, et puis ça fait une bouffée d'air pour les malades » (participant n°2)

« Une structure aussi de répit pour les aidants. On a un EHPAD à côté de chez nous qui prend les patients » (participant n°9)

« Et économiser l'aidant, protéger l'aidant, c'est permettre le maintien à domicile » (participant n°8)

III.3.1.1.4. Les autres aidants autour de la personne âgée

La liste des diverses autres personnes pouvant aider la personne âgée est très variée, allant des voisins jusqu'au maire du village (cité par deux participants).

« Il y des voisins qui nous amènent parfois la personne quand on ne peut pas se déplacer tout le temps » (participant n°4)

« Le facteur nous amène le petit mot "j'étais chez monsieur ou madame untel qui vous demande ça, est-ce que vous passez ?" » (participant n°4)

« Le maire en fait est sur le plan social, [...], est un appui considérable. [...] pour aller au tribunal avec certains effectivement qui ne peuvent pas au niveau des tutelles. Alors il met en place quand même tout un système social en fait sur la commune [...] il fait beaucoup de choses pour cette aide sociale et le maintien à domicile [...] » (participant n°3)

« Les pompiers aussi. Quand on arrive, "Bah vous pouvez vous levez ?", "Bah je peux pas". Et puis, les 4 pompiers arrivent avec leur VSAV » (participant n°4)

III.3.1.2. Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux

III.3.1.2.1. Les infirmières libérales

Les IDE libérales ont été citées souvent en premier, et par tous les participants (directement ou en validant une unité de sens d'un autre participant).

« [...] et les infirmières qui sont primordiales [...] on a de la chance de travailler avec elles, elles ont toutes et tous beaucoup de travail car on compte sur eux » (participant n°4)

« Elles nous évitent plein de choses, c'est vraiment très très bien » (participant n°3)

« Les infirmières, libérales. Absolument indispensable. [...] Elles viennent tous les jours, voire plusieurs fois par jour » (participant n°8)

III.3.1.2.2. Les infirmières Asalée et les infirmières en pratique avancée

Un des participants avait une Asalée dans sa MSP, et un participant avait une infirmière de pratique avancée dans sa MSP.

« On a une infirmière Asalée, et qu'on déploie régulièrement pour nous aider sur le maintien à domicile, les dépistages de la fragilité. Elle va au domicile, elle prend beaucoup de temps avec eux, elle va remplir les dossiers MDPH. [...] Elle connaît des fois mieux que nous les assos, et les différentes structures, qui il faut appeler exactement. Et du coup, elle nous fait le lien, et elle part en visite en fait avec les instances de coordination » (participant n°11)

« L'infirmière en pratique avancée, c'est mon gros soulagement. [...] j'allais les voir tous les 3 mois, parce qu'entre temps, tous les mois et demi ou tous les mois, c'est l'infirmière de pratique avancée qui y va » (participant n°8)

III.3.1.2.3. Les pharmaciens

Les pharmaciens ont été cités par trois participants, avec parfois un rôle allant au-delà du simple conseil pharmaceutique ou avec services adaptées aux personnes âgées.

« Et les pharmacies. Nous, elles les livrent, [...] et c'est assez aidant » (participant n°1)

« Par mail, un peu avec les pharmaciens pour la transmission d'ordonnances » (participant n°3)

« Ceux qui nous sollicite aussi des fois pour les patients, c'est les pharmaciens. [...] Des fois, ils livrent. [...] Ils font un peu psy pour les patients dépressifs » (participant n°6)

III.3.1.2.4. Les masseurs-kinésithérapeutes

Les kinés ont été cités par neuf participants.

« On a aussi les kinés pour entretenir l'autonomie. Voilà pour ceux qui peuvent marcher encore. Sinon ceux qui sont alités, grabataires, ça nous aide beaucoup d'avoir les kinés à domicile » (participant n°4)

« Les kinés sont assez.. parfois... sont déjà une bonne ressource [...] c'est parfois aussi salvateur parce que c'est des fois les seuls pros qui les font sortir du domicile ou les font marcher » (participant n°5)

III.3.1.2.5. Les autres spécialités médicales

Les autres spécialités médicales interagissant avec le MT ont été citées par un participant.

« Il y a beaucoup d'interactions qui continuent à se faire, même quand ils ont un grand âge avec les neurologues » (participant n°5)

« On utilise aussi Omnidoc, des fois, avec certains services pour la télé-expertise, pour les spécialistes » (participant n°5)

« Il y a les autres spécialités » (participant n°6)

III.3.1.2.6. Les aides-soignantes

Les aides-soignantes ont été citées par deux participants.

« Et les aides-soignantes qui nous aident beaucoup aussi » (participant n°4)

« [...] il y en a quand même quelques-uns qui, l'infirmière ou une aide-soignante qui pourra le rassurer » (participant n° 2)

III.3.1.2.7. Les orthophonistes

Les orthophonistes ont été cités par deux participants.

« J'ai découvert toute l'interaction qu'on pouvait avoir dans l'orthophonie de la personne âgée » (participant n°6)

III.3.1.2.8. Les podologues

Les podologues ont été cités par deux participants.

« Le podologue du coin, moi, m'envoie systématiquement sur ma messagerie sécurisée tous ses bilans » (participant n°6)

III.3.1.3. Les structures médico-sociales et sanitaires

III.3.1.3.1. Les MSP

Deux participants ont cité les avantages pour leurs patients et pour eux de travailler en MSP, comme d'avoir une continuité de suivi (lors des jours « off », congés, absences) ou de travailler à plusieurs pour mieux réfléchir.

« On est amené souvent à voir les patients des uns et des autres. [...] On a tous accepté que les jours de repos des collègues, on voyait les urgences du collègue » (participant n°6)

« On est plus intelligents quand on est nombreux, et ça donne plus de chance au maintien à domicile, finalement » (participant n°7)

La relation humaine entre les différents intervenants de la MSP a aussi été citée comme avantage par trois participants.

« Là aussi, pour le lien avec les autres professionnels, notamment les infirmiers, kinés, etc., on a nos réunions pluriprofessionnelles de maison de santé, où une fois par mois, on revoit un petit peu ces gens, et ça nous permet aussi de maintenir le lien, et là aussi de voir des trucs qu'on n'a pas vus » (participant n°8)

« L'intérêt, finalement, du travail en réseau pour les patients. [...] On commence à mieux se connaître. On se croise hein. Mais, finalement, il y a aussi un côté... Il y a des liens qui se créent entre les soignants. Je pense que c'est valorisant pour tout le monde » (participant n°7)

III.3.1.3.2. L'HAD

Cinq participants ont souligné le contexte particulier d'intervention de cette structure lors du maintien à domicile de patients nécessitant des soins particulièrement lourds et complexes, et notamment dans le contexte de la fin de vie.

« L'HAD qui intervient pour ceux qui sont vraiment vraiment en fin de course. [...] Autrement le maintien à domicile pour beaucoup de patients et leurs familles ne sera pas gérable, donc c'est un plaisir de pouvoir respecter leur souhait grâce au SSIAD et à l'HAD » (participant n°4)

« [...] et puis ça peut durer des mois et des mois en fonction des patients donc on travaille beaucoup avec ces gens-là » (participant n°4)

« La HAD, pour moi, ce sont des prestataires qui sont très utiles quand il y a des moyens, des besoins techniques importants » (participant n°8)

Un participant a toutefois nuancé l'arrivée de l'HAD, qui peut parfois être mal vécue par les précédents intervenants.

« Mais avec les limites de l'HAD, puisque quand l'HAD arrive, bien souvent, le pharmacien est éjecté. Et quand le pharmacien a suivi une personne pendant 30 ans et qu'il a été éjecté du jour au lendemain, ce n'est pas toujours bien vécu. Parfois, les infirmières sont un peu éjectées aussi, [...], j'y vais vraiment quand je n'ai pas d'autres choix » (participant n°8)

III.3.1.3.3. Les équipes mobiles

Les équipes mobiles peuvent venir en aide au médecin traitant, en intervenant directement au domicile des patients âgées ou en hospitalisant des patients si besoin.

« Il y a quand même l'équipe mobile de gériatrie sur le secteur, qui intervient [...] Alors ça fait que moi je ne fais pas effectivement de tests, de MMSE et tout ça » (participant n°3)

« Il y a aussi des psychologues, neuropsychologues pour venir faire le bilan de nos maladies neurodégénératives » (participant n°9)

« On a une équipe mobile de gériatrie qui est très très présente, disponible, joignable, réactive, vraiment très très efficace » (participant n°3)

Certaines équipes peuvent être spécialisées dans un domaine où le médecin généraliste sent parfois la nécessité d'être accompagné. C'est notamment le cas pour les équipes mobiles de soins palliatifs qui ont été citées par cinq médecins.

« [...] l'équipe mobile de soins palliatifs aussi » (participant n°1)

« Et l'équipe de soins palliatifs quand les patients sont vraiment au bout. [...] et ils nous aident beaucoup pour la fin de vie où l'on est un peu désemparé. C'est un soutien pour les patients, pour la famille, et puis pour nous aussi » (participant n°4)

Les équipes mobiles de psychiatrie ont été citées par cinq participants.

« L'EMESPA, c'est une équipe psychiatrique de la personne âgée qui vient au domicile. [...] ils peuvent donner des avis dans les EHPADs, au domicile, et ils font des suivis » (participant n°11)

« On a [...] une équipe mobile de géronto-psy, qui est détachée depuis le CHPE » (participant n°10)

III.3.1.3.4. Les SAAD/SSIAD

Ces structures, citées par deux participants, interviennent quand cela nécessite une coordination pour des soins plus lourds, chez des patients très dépendants.

« [...] le passage tous les jours ou une fois par semaine en fonction de l'état des patients, on a la SSIAD, voilà pour ceux qui sont très très dépendants, pour la toilette et tout, ils passent une ou deux fois par jour en fonction des personnes » (participant n°4)

« Et pour des gens de plus en plus lourds, effectivement, là, on a des aides-soignantes, on a les SSIAD [...] » (participant n°8)

Un participant a cité le SSIAD de nuit.

« [...] c'est une association qui envoie des gens la nuit. Donc les gens qui tombent, qui ont besoin d'être changés » (participant n°2)

III.3.1.3.5. Les associations d'aide au maintien à domicile

Les auxiliaires de vie ont été citées par quatre participants, mais parfois pour dire qu'ils n'avaient pas forcément beaucoup de contact avec ces dernières.

« [...] les auxiliaires de vie aussi, qui travaillent conjointement avec nous, avec les aides-soignantes pour la toilette » (participant n°4)

« [...] on peut ne maintenir à domicile, qu'à partir du moment où il y a une aide à domicile, il y a quelqu'un qui fait le ménage. Quelqu'un qui aide à faire la toilette » (participant n°8)

Les aide-ménagères, citées par cinq participants, peuvent aider les personnes âgées pour diverses tâches de la vie quotidienne.

« Ils peuvent envoyer quelqu'un une demi-heure à midi pour faire manger les gens. [...] il y aura quelqu'un qui fera chauffer dans le micro-ondes et puis qui va partir » (participant n°2)

« [...] les associations, les aide-ménagères et autres qui aident aussi, qui amènent les malades faire les courses, souvent des personnes âgées » (participant n°2)

« Nous on en a quand même quelques-unes qui se permettent d'alerter quand elles trouvent que le patient ne va pas bien. Des fois, elles sont le point de départ de la demande d'une visite à domicile » (participant n°6)

Deux participants ont évoqué des limites à l'emploi de ces personnes.

« Une petite jeune qui va arriver, pas toujours au top, surtout l'été, parce qu'elles sont parachutées comme ça, souvent avec peu de formation. [...] Des fois, elle passe son temps sur le téléphone mais bon. [...] Et ça a un coût pour les familles » (participant n°2)

« Ça dépend en fait de chacune. Il y en a qui sont beaucoup plus intervenantes dans ce domaine-là que d'autres. Ça dépend certainement du tempérament » (participant n°6)

Trois participants ont rajouté le portage de repas à domicile parmi les intervenants.

« Je rajouterai bien le portage des repas, par des associations dans le secteur ou les particuliers qui font livrer directement par des restaurants » (participant n°3)

III.3.1.3.6. Les structures d'accueil

Quatre participants ont cité des structures d'accueil temporaire ou des hôpitaux de jour des personnes âgées, permettant du répit aux autres aidants.

« [...] l'accueil de jour dans les EHPAD » (participant n°2)

« Il y a l'hôpital gériatrique aussi qui a un accueil de jour » (participant n°9)

« D'autant plus qu'on a un hôpital de jour, [...] les patients bénéficient, pendant quelques mois, d'un hôpital de jour de remise en forme, un peu sur le plan moteur » (participant n°7)

III.3.1.4. Les aidants du secteur social

III.3.1.4.1. Assistantes sociales

Les assistantes sociales ont été citées par six participants.

« Les assistantes sociales, évidemment, qui font les évaluations territoriales du secteur » (participant n°6)

« [...] sur le plan social, les assistantes sociales, de revoir les projets de vie, en fait, et de réévaluer ça » (participant n°7)

Un participant note toutefois le manque d'intervenantes avec des délais parfois longs ou des difficultés à les contacter, comme pour les professionnels de santé.

« [...] les assistantes sociales qui sont dépassées et qui n'arrivent pas à répondre à tous les coups » (participant n°4)

III.3.1.4.2. Protection juridique

La mise sous protection juridique peut être parfois nécessaire pour protéger les personnes.

« [...] et les services de tutelle, l'UDAF et ALSEA, quand les personnes sont vraiment très isolées, on voit qu'ils ne gèrent plus, on appelle pour avoir une tutelle ou une curatelle. Et puis souvent quand on veut hospitaliser la personne isolée, on appelle la tutrice pour qu'elle voit pour les démarches » (participant n°4)

III.3.1.5. Les structures de coordination

La plupart des participants ont cité le DAC (qui comprend maintenant la PTA) comme un interlocuteur principal et efficace dans des situations sociales complexes.

« La PTA, ça nous aide beaucoup pour les prises de rendez-vous, pour la coordination des soins » (participant n°1)

« On a les coordinatrices du DAC [...] essayer de voir comment ils sont dans leur milieu de vie, et s'il y a des interactions avec la famille ou des proches. [...] C'est des informations assez précieuses où on peut après rebondir quand on les voit en visite » (participant n°5)

« Également, on travaille beaucoup avec la DAC PTA. Plutôt dans des situations complexes où il faut faire intervenir, par ex., au domicile ergothérapeute, [...] une évaluation vraiment globale de maintien à domicile, y compris pour amélioration du domicile » (participant n°10)

Deux participants ont cité les CLIC et les référentes autonomie de ces centres.

« Je fais beaucoup intervenir la référente autonomie. Elle me sauve des fois sur des situations difficiles à domicile » (participant n°1)

« On travaille aussi avec l'instance de coordination et d'autonomie qui, je trouve, connaissent mieux le territoire que la DAC PTA » (participant n°10)

Un participant a cité une structure relevant du Conseil départemental.

« Au Conseil départemental, il y a un service d'informations préoccupantes » (participant n°2)

Un participant a cité le CCAS, une structure communale.

« J'avoue que j'ai appris à travailler, finalement, avec des centres d'action sociale » (participant n°7)

III.3.2. Prise en charge de la personne âgée

III.3.2.1. La personne âgée

III.3.2.1.1. Age

L'âge peut être le critère le plus évident pour définir la personne âgée, cité par quatre participants.

« J'aurai tendance à dire après 80 ans » (participant n°1)

« C'est plutôt des personnes qui sont sur le grand âge, qui ont des comorbidités importantes. C'est plutôt 80, 90 ans » (participant n°5)

« Vieux. En visite, c'est vrai que j'ai une population de nonagénaires qui commence à devenir assez importante » (participant n°8)

Trois participants ont cependant considéré qu'il était difficile de définir une personne âgée par son âge, et une personne âgée d'hier n'est plus forcément la même personne âgée d'aujourd'hui.

« Quand j'ai commencé c'était plutôt 75 ans, maintenant à 85 ans ils sont encore assez en forme [...] c'est difficile de dire à partir de quel âge » (participant n°3)

« J'ai une dame de 103 ans qui vit chez elle, bon je la surveille puisqu'elle est âgée. Mais ce n'est pas celle qui m'inquiète le plus, [...] donner un âge c'est difficile quoi » (participant n°2)

D'autant que les améliorations du système de santé permettent une meilleure qualité de vie aujourd'hui qu'autrefois, ce qui a été avancé par deux participants.

« [...] les personnes âgées sont plus indépendantes et plus autonomes maintenant, à un âge décalé » (participant n°3)

« Beaucoup de gens sont vieux et vont très bien. [...] Il y en a de plus en plus, si j'ose dire » (participant n°10)

III.3.2.1.2. Dépendance

La vieillesse s'accompagne souvent d'une perte de la locomotion et de l'autonomie, et cette notion de dépendance a été citée par trois participants.

« [...] parce que pour moi la personne âgée il y a la dépendance physique, les gens qui ne peuvent pas venir au cabinet » (participant n°2)

« [...] ces gens qui sont en perte d'autonomie, alors pas que physique, parce que même s'ils viennent nous voir il y a une perte d'autonomie pour plein de choses » (participant n°1)

Souvent cette perte d'autonomie s'accompagne de l'impossibilité de conduire ou se déplacer, et cela a été cité par quatre participants.

« Après 85 ans ça devient quand même compliqué pour conduire » (participant n°3)

« [...] un trouble de la locomotion, l'impossibilité d'utiliser sa voiture » (participant n°7)

« [...] qui ont des problèmes pour se déplacer, de toute façon. Ils ne peuvent pas le faire tout seuls » (participant n°5)

III.3.2.1.3. Fragilité

III.3.2.1.3.1. Pathologies

La fragilité peut être liée à une pathologie (ou une polyopathie).

« [...] ce sont toutes les personnes qui vont avoir une insuffisance cardiaque, rénale, des gens fragiles. [...] Les gens en ALD, les gens polyopathologiques, avec des polyopathologies ce sont souvent des personnes âgées » (participant n°2)

« Les pathologies, il y a de tout, ça peut être du soin palliatif jusqu'à des suivis classiques [...], des patients qui ont des pathologies diverses et variées, cardio, pneumo » (participant n°3)

« Polyopathologiques, oui, parce qu'à cet âge-là, il y en a quand même, la plupart que je vois en visite, en tout cas, qui ont plusieurs types de pathologies » (participant n°9)

Cinq participants ont évoqué la situation particulière des maladies neuro-dégénératives, avec souvent la nécessité d'une institutionnalisation avec l'avancée des troubles cognitifs.

« Je pense qu'il y a de plus en plus effectivement de troubles cognitifs » (participant n°1)

« [...] quand ça commence à générer troubles du comportement, et donc ça devient plus compliqué. Rapidement, ça évolue vers une institutionnalisation » (participant n°9)

« Non pas que tout le monde rentre en EHPAD quand ça ne va pas bien, mais en fin de compte, effectivement, les maladies neurodégénératives ne sont généralement pas au domicile » (participant n°10)

Un participant a évoqué l'importance de la prévention de cette fragilité.

« [...] la prévention de la fragilité, ça reste quelque chose d'important » (participant n°11)

III.3.2.1.3.2. Décompensation

Le risque de décompensation d'une de ces pathologies a été cité par trois participants.

« [...] toutes les personnes qui vont avoir une insuffisance cardiaque, rénale, des gens fragiles. L'été voilà ceux dont les phares s'allument, qu'il faut surveiller absolument. [...] les gens qui demandent un petit peu plus de surveillance quand je les vois arriver » (participant n°2)

« [...] parce que là, ce jour-là, il y a quelque chose qui décompense » (participant n°11)

Un participant a souligné le caractère souvent urgent et grave d'une décompensation.

« [...] puisqu'une personne âgée, quand elle est en difficulté c'est toujours une urgence » (participant n°2)

Un participant a précisé la perte fréquente d'autonomie au décours d'une décompensation.

« Il y a toujours un moment difficile, les suites de SSR, de SMR, les patients rentrent à la maison. Ils sont très âgés, ils sont fragiles, et on a bien l'impression qu'ils ont une marche qui a été descendue » (participant n°7)

Ces décompensations nécessitent parfois une hospitalisation programmée, suivie ensuite d'un retour à domicile comme cela a été discuté par deux participants.

« Il y a aussi quelque chose qu'on a mis un petit peu au point [...], c'est l'hospitalisation programmée. Il y a un problème aigu, on hospitalise 4-5 jours, et on revient » (participant n°8)

« [...] les structures d'hébergement temporaire pour passer une crise, pour pouvoir rester à domicile. [...] l'hébergement en EHPAD temporaire » (participant n°8)

« Ça permet de passer le cap aigu et de les éviter de les envoyer à l'hosto où ils vont rester on ne sait pas combien de temps » (participant n°7)

III.3.2.1.4. Isolement

L'isolement des personnes âgées a été appuyé par cinq participants.

« Âgées, isolées, pas en couple. Beaucoup de femmes, plus de femmes, qui sont effectivement seules à la maison » (participant n°9)

« Et en plus, des fois, qui sont vraiment les seuls survivants de leur village, quoi » (participant n°11)

Cet isolement entraîne souvent une souffrance psychologique, citée par deux participants.

« Il y a quand même une population où ils ont une souffrance au niveau mental aussi. Ils ont souvent des problèmes de dépression, troubles anxieux chroniques et anciens qui sont un peu difficiles à soigner » (participant n°5)

« Elles ont du mal à utiliser la voiture pour venir, et que du coup, faire l'effort d'aller trouver la personne, [...], elles ne veulent pas déranger, elles ne méritent pas ou ce genre de choses » (participant n°11)

« [...] qui sont vraiment très loin, et qui renforcent ce sentiment d'isolement, de dépression, et qui renforcent cette grabatisation petit à petit » (participant n°11)

III.3.2.1.5. Précarité

La précarité des patients âgés a été citée par trois participants.

« [...] des gens qui ne peuvent plus rentrer dans les EHPADs parce que c'est trop cher, [...] certaines personnes qui auraient pu, il y a quelques années, bénéficier d'un EHPAD, n'y vont pas parce qu'à 2 000 balles par mois, ça ne suit pas » (participant n°8)

« Pour certaines personnes, le choix de mettre le père ou le grand-père en EHPAD, financièrement, n'est pas possible » (participant n°8)

« Et les conditions sociales de vie jouent aussi une façon importante sur le fait de savoir si la personne pourra rester ou pas à domicile » (participant n°7)

III.3.2.2. Le maintien à domicile des personnes âgées

III.3.2.2.1. Description du maintien à domicile

Quatre participants ont parlé de leur vision du maintien à domicile.

« Les gens vivent à domicile par définition. [...] on est bien dans une situation où on est à domicile, mais c'est compliqué » (participant n°8)

« En 25 ans d'installation, le maintien à domicile s'est amélioré » (participant n°7)

« En fin de compte, on arrive, peu ou prou, à maintenir les gens le plus longtemps possible à leur domicile » (participant n°10)

« On essaie de les maintenir à domicile par les visites mensuelles » (participant n°4)

Un participant a parlé du maintien à domicile dans le contexte particulier de fin de vie.

« [...] les maintiens à domicile pour les fins de vie aussi, de temps en temps. De temps en temps on en a, on y va en fonction du souhait des familles, du patient, et de tout ce qui est possible à mettre en place » (participant n°11)

Cinq participants ont parlé des difficultés qu'ils rencontrent au moment de prévoir une institutionnalisation.

« Ils sont habitués à vivre comme ça. Et souvent ils n'ont pas envie d'en partir » (participant n°5)

« [...] la problématique du refus d'aller en EHPAD. [...] on est parfois confronté à l'idée de mettre de force quelqu'un dans une ambulance pour aller en EHPAD » (participant n°7)

« On repousse de plus en plus, à mon sens, les limites du maintien au domicile » (participant n°10)

III.3.2.2.2. Les limites

Trois participants ont rapporté des difficultés pour leurs patients à avoir un rendez-vous avec certains intervenants, que ça soit au cabinet ou à domicile.

« Pour trouver un kiné qui accepte de se déplacer à domicile, il n'y en a pas, quasiment » (participant n°6)

« [...] mais des fois faute d'avoir les soignants parce que le SSIAD est trop loin » (participant n°8)

Deux intervenants ont évoqué le fait que certaines IDE refusent de pratiquer certains soins lourds et longs.

« *Qui acceptent de faire encore du nursing, ce qui n'est pas le cas ailleurs* » (participant n°7)

Une intervenante a évoqué la difficulté à trouver un intervenant spécialisé pour les personnes âgées.

« *Les orthophonistes, Ils ne font pas tous la personne âgée aussi* » (participant n°6)

Deux participants ont évoqué des limites associées aux paramédicaux dans leur globalité.

« *Il ne faut pas avoir des paramédicaux aussi, qui soient facilement stressés de rien parce que ça dépend aussi de quel paramédical nous sollicite* » (participant n°6)

« *Non mais, c'est vrai aussi, on en a qui s'affolent plus vite que d'autres* » (participant n°5)

« *Les auxiliaires de vie, il y en a qui sont beaucoup plus intervenantes dans ce domaine-là que d'autres* » (participant n°6)

Cette offre de soins parfois déficitaire peut entraîner des glissements de tâches ou des libertés prises en dehors des cadres réglementés, problème cité par deux participants.

« *Avec des fois, dans ces différentes structures [...], des vrais problèmes de glissement de tâche. C'est-à-dire qu'on voit des auxiliaires de vie faire du travail d'aide-soignant. Ce qui n'est pas ni bon... ni bon pour personne. [...] Certains professionnels font un peu plus que ce qu'elles devraient faire, ce qui ne va pas sans poser quelques problèmes de compétence, parce qu'il y a des trucs qui s'apprennent, et de responsabilité* » (participant n°8)

« *J'ai bien conscience qu'on utilise un tout petit peu notre infirmière Asalée comme infirmière en pratique avancée* » (participant n°11)

Enfin, deux participants ont fait part de leur découragement à contacter certaines structures à la suite de délais de prise en charge relativement longs.

« *Non, les délais sont longs, c'est... Je shunte. [...] La dernière fois que j'ai appelé, "dans 3 mois". Dans 3 mois, c'est pas la peine quoi. [...] Alors je ne les appelle plus, ou très peu* » (participant n°2)

« *[...] avec la difficulté que les délais pour accéder aux SIAD, des fois, sont très longs [...]. Des fois, quand on demande un SIAD, "oui, c'est bon, c'est dans deux mois." Mais moi c'est dans deux jours que j'ai envie d'essayer* » (participant n°8)

III.3.2.2.3. Les alternatives de maintien (hors institutionnalisation)

Trois participants ont évoqué des alternatives au maintien à domicile, hors institutionnalisation.

« *Il y a une structure [...] qu'on appelle les Marpa, c'est-à-dire les établissements de personnes autonomes. Des résidences autonomie. [...] des gens qui sont autonomes mais qui ne veulent plus rester chez eux. [...] étape de quelques mois avant l'EHPAD* » (participant n°8)

« Dans les hébergements alternatifs, il y a des colocations de personnes âgées. [...] ça peut être aussi une alternative, justement, entre le domicile et l'isolement » (participant n°9)

« Et peut-être autre chose aussi qui pourra se développer, c'est les familles d'accueil. [...] quand ça fonctionne bien, ils les gardent vachement et ils sont en sécurité » (participant n°11)

III.3.2.3. La place du médecin traitant dans la prise en charge de la personne âgée

III.3.2.3.1. Les patients âgés dans la patientèle

Les participants ont essayé de décrire en proportion leurs populations de patients âgées.

« Pour moi, c'est déjà une frange de population » (participant n°2)

« Pour la proportion sur ma patientèle, je dirais, de patients âgés, je pense qu'il y en a un bon tiers » (participant n°5)

« J'ai une population de nonagénaires qui commence à devenir assez importante » (participant n°8)

Deux participants ont insisté sur la place importante que représentait le maintien à domicile de cette population dans leur temps de travail.

« Je pense que finalement, c'est la partie, sans doute, d'activité la plus importante, mais c'est un problème qui est récurrent. [...] Donc, si, si, c'est un boulot important. Et c'est chronophage, finalement ça nous prend du temps » (participant n°7)

« Mais le gros truc, on revient bien, c'est quand même le domicile des personnes âgées. C'est quand même notre gros taf » (participant n°8)

III.3.2.3.2. Le médecin, de plus en plus aidé

Les avantages de la collaboration avec les intervenants ont été cités par trois participants.

« On arrive à débriefer, et donc on a un regard un petit peu différent » (participant n°8)

« Et puis, le patient sent bien qu'il a toute une équipe autour de lui, quoi. Et qu'on est au courant des choses, surtout. Et qu'on communique, voilà. Et que l'info passe, et qu'il a ses réponses » (participant n°10)

« [...] je reviens aux infirmières, les infirmières viennent tous les jours, voire plusieurs fois par jour. Moi, je vois ces gens une fois par mois quand c'est vraiment très compliqué, en général tous les 3 mois quand tout se passe bien » (participant n°8)

Un participant qui était au départ réticent à être aidé a évoqué que cette prise en charge pluridisciplinaire l'a fait changer de point de vue.

« On est de plus en plus aidés. Ce qui m'agaçait un peu, il y a quelques années. J'ai l'impression qu'on prenait le relais des médecins traitants. [...] Et puis finalement, petit à petit, j'ai appris à travailler avec ces gens-là. Et finalement, j'ai trouvé quand même pas mal d'avantages pour le médecin généraliste. C'est-à-dire qu'on peut s'appuyer, de façon souvent

assez efficace, [...], et qui nous permettent finalement de maintenir plus facilement les patients à domicile » (participant n°7)

Enfin, un participant a émis l'idée que l'intervention d'équipes spécialisées comme l'HAD ou les SP permet d'améliorer la prise en charge du patient dans des cas particuliers.

« C'est important, même pour nous, pour les prises de décision. Pour ne pas se sentir tout seul. Que ce soit un petit peu collégial. On va pouvoir dire à la famille que certaines choses ont été décidées, que c'était une concertation à plusieurs. [...] Et puis, nous, ça peut avoir aussi le côté rassurant, si on n'est pas... Au point sur... Des posologies qu'on ne manipule pas beaucoup sur certains thèmes thérapeutiques particuliers. Donc c'est appréciable, je pense, et pour le patient et pour nous » (participant n°6)

Quatre participants ont évoqué l'importance du maillage territorial.

« On a un maillage territorial très soigneux. Et on a depuis déjà longtemps appris à travailler ensemble » (participant n°10)

« On a une équipe de soins primaires, on ne peut pas travailler dans ces conditions si on est seul et tout seul » (participant n°8)

III.3.2.3.3. Les solutions personnelles

Trois participants ont évoqué leurs solutions personnelles, pouvant parfois faciliter la prise en charge de leurs propres patients.

« J'ai une double casquette. Je suis médecin SSR et médecin généraliste. Donc, ça, c'est assez pratique parce que j'ai mes entrées. Et dans les situations un peu de crise, pour le maintien à domicile, [...] on peut les prendre » (participant n°7)

« [...] mais ils (les spécialistes, ndlr) sont parfois un bon recours pour trouver une solution sur les problèmes d'autonomie. Ou alors pour prévoir des hospitalisations de répit. Ça peut être intéressant » (participant n°5)

« [...] la double casquette d'être en plus en hospitalier. A côté de Limoges, au Dorat, il y a ce CH [...] où c'est que les médecins libéraux qui s'en occupent, et en fait qui tournent, ils font une visite. [...] ils ont tout le temps de la place pour leurs patients » (participant n°11)

III.3.2.3.4. Les patients âgés vus en consultation

III.3.2.3.4.1. Répartition des patients vus en consultation

La plupart des participants ont remarqué que finalement la plupart de leurs patients étaient vus en consultation.

« De moins en moins, j'ai des gens que je dois venir voir en visite. [...] C'est quelque chose qu'on a à peu près supprimé maintenant » (participant n°8)

« En exerçant vraiment dans une ruralité, tout ce qu'il y a de plus rural. Des visites, on en fait... Je n'en fais pratiquement pas » (participant n°10)

« Pour une immense majorité d'entre eux, ils sont encore assez autonomes pour venir au cabinet » (participant n°6)

Cela représente toutefois plusieurs visites par jour pour deux participants.

« Je ne fais quasiment plus de visites, que pour des gens dépendants physiquement et enfin comme tout le monde je pense. [...] ça me représente 3-4 visites tous les jours. Ceux-là, je n'en ai pas tant que ça finalement » (participant n°2)

« [...] tous les jours, on et je fais des visites à domicile, avec mes collègues ou collaborateurs » (participant n°5)

Les participants essaient si possible de trouver une solution pour les voir en cabinet.

« [...] on essaie de leur dire "Vous ne voulez pas venir ?" pour ceux qui peuvent on les encourage » (participant n°4)

« C'est vrai que s'il y a un proche qui peut les emmener, c'est une bonne chose » (participant n°5)

Trois participants ont rapporté plusieurs avantages à voir leurs patients en consultation, que ce soit pour le médecin ou le patient.

« La prise en charge quand ils sont au cabinet, je trouve que c'est nettement mieux, devant l'ordinateur, le dossier. Et puis la table d'examen, c'est plus facile à les examiner. Et puis on peut prendre plus de temps » (participant n°4)

« [...] parce qu'on pèse au cabinet systématiquement. Et c'est vrai qu'à la maison, on ne pèse pas, c'est au pifomètre » (participant n°3)

III.3.2.3.4.2. Manque d'offre de soins

Trois médecins ont évoqué la situation de leurs patients éloignés de leur cabinet mais qui viennent en consultation car ils ne trouvent pas de généraliste plus proche de chez eux.

« On a des gens de Charente qui viennent maintenant parce qu'ils sont à 25-30 bornes, et on ne peut pas y aller. [...] Parce qu'ils n'ont pas de médecin. [...] donc on a des patients qui viennent de loin, mais parce qu'ils n'ont personne. Ils sont en errance » (participant n°3)

« Il y a des patients qui viennent de loin, qui sont à 30-40 km, qui a priori ne trouvent pas de médecin de leur côté » (participant n°5)

Ce qui n'est pas sans poser des problèmes par la suite, avec des limites énoncées par deux participants.

« [...] s'ils ont un souci de santé qui les oblige à ne plus pouvoir conduire, etc., moi je ne pourrai pas aller les voir là-bas » (participant n°6)

« Nous, on accepte de les voir. Mais après, pour y aller directement à domicile, c'est pas... » (participant n°5)

« La difficulté de ne pas accepter les gens à un instant T, dans l'état dans lequel ils sont » (participant n°6)

Malgré ces difficultés, un participant a noté la nécessité de prendre en charge ces patients.

« On a cette population âgée qu'il faut prendre en charge quand même pour leur donner cette chance » (participant n°3)

« [...] ce besoin quand même pour la population, de rendre service à une population qui puisse avoir un accès aux soins » (participant n°3)

III.3.2.3.4.3. Moyens de transport

Quatre participants ont évoqué l'entourage de la personne âgée pour l'amener au cabinet.

« Donc ils sont souvent accompagnés effectivement de la famille ou des enfants » (participant n°3)

« Ça arrive que ce soit un membre de la famille qui nous les amène » (participant n°6)

« [...] les enfants [...] les amènent au cabinet. Il y a des voisins qui nous amènent parfois la personne quand on ne peut pas se déplacer tout le temps » (participant n°4)

Deux participants ont des patients encore assez autonomes pour conduire leur voiture ou prendre les transports en commun tout seuls.

« [...] j'en ai un qui a 93 ans [...] qui habite à Saint-Sylvestre, qui descend à Ambazac en voiture, il conduit encore » (participant n°4)

« Ils viennent, ils sont à 5-10 minutes du cabinet, ils viennent. Ou un peu plus, ils viennent en transport » (participant n°2)

Trois participants ont évoqué des alternatives, mais avec une loi pas très claire.

« On fait en sorte que les... quitte à payer un VSL pour venir au cabinet » (participant n°8)

« [...] on n'est pas censé pouvoir le faire, prescrire un transport pour aller voir le médecin traitant. Ce n'est pas très clair. [...] Et s'il y a un médecin plus proche, on ne peut pas faire, normalement, de prescription » (participant n°5)

III.3.2.3.5. Les patients âgés vus en visite

Cinq participants ont cité la difficulté à se déplacer comme motif de visite à domicile.

« [...] visites à domicile, oui on en fait pour les personnes âgées dépendantes isolées qui ne conduisent plus, vieillissantes » (participant n°3)

« C'est souvent un trouble de la locomotion, l'impossibilité d'utiliser sa voiture » (participant n°7)

« [...] ils ne viennent pas en VSL. Dans ces cas-là, on y va. C'est en visite à domicile. S'ils ne peuvent pas se déplacer, c'est nous qui allons vers eux » (participant n°6)

Pour deux participants, c'est le fait de ne pas avoir de moyens de locomotion qui les amène à aller la voir en visite.

« J'ai des gens que je dois venir en visite, d'aller voir en visite parce qu'ils n'ont pas de voiture pour se déplacer » (participant n°8)

« [...] ils sont tout seuls, pas de famille donc on est obligé d'aller à domicile » (participant n°4)

Pour deux participants, les patients isolés et présentant une souffrance psychologique, sont aussi les patients qu'ils sont amenés à aller voir.

« [...] sur mes visites à domicile, beaucoup, beaucoup de gens seuls. Voilà, et beaucoup plus de femmes » (participant n°9)

« [...] qui n'ont pas beaucoup de pathologies, mais par contre, ont un gros syndrome dépressif, qui ont tendance à être enkysté, qui ont du mal à sortir. Ça fait partie des patientes que je peux être amenée à voir » (participant n°11)

Trois participants ont évoqué les contraintes amenant à refuser certaines visites.

« On arrive encore à s'organiser pour recevoir ces patients [...] mais on n'y va pas. Ce n'est pas possible, on ne peut pas se permettre d'y aller » (participant n°3)

« Quand ils sont éloignés géographiquement, on ne peut pas... [...] sur une journée, ce n'est pas possible. C'est au détriment des autres patients dans la journée » (participant n°5)

« C'est trop chronophage... » (participant n°6)

Deux participants ont cité l'aide des IDE pour gérer ces patients à domicile.

« Le passage de la BCI à domicile, ça nous aide beaucoup. On arrive à décharger sur les infirmières, [...]. Les infirmières nous aident beaucoup sur ce sens-là. [...] Les infirmières à domicile c'est une perle, c'est vraiment un grand soutien » (participant n°4)

« [...] il y a quand même régulièrement des demandes, soit de leur part directement, ou soit des infirmiers qui nous sollicitent » (participant n°5)

III.3.3. Moyens de communication

III.3.3.1. Moyens de communication avec les différents intervenants

III.3.3.1.1. Avec les IDE

Les IDE ont été citées comme principal interlocuteur par la majorité des participants.

« C'est essentiellement les infirmières avec qui on communique » (participant n°1)

Le téléphone, SMS ou messageries instantanées ont été cités par six participants.

« J'ai quasiment tous les portables des infirmières qui interviennent chez mes patients à domicile. C'est beaucoup par portable [...] sinon, ils appellent au cabinet » (participant n°1)

« SMS par les infirmières. Et même par WhatsApp aussi » (participants n°4)

« WhatsApp beaucoup. WhatsApp, Les photos, les photos d'ulcères » (participant n°2)

L'usage du mail a été cité par trois participants.

« Après, il faut être honnête. C'est des fois... Ou par mail » (participant n°11)

L'outil PAACO-GLOBULE a été cité par quatre participants.

« PAACO marche bien avec les infirmières... Je fais beaucoup PAACO, en tout cas » (participant n°3)

« Même si on n'est pas en Nouvelle-Aquitaine, moi, je continue d'utiliser PAACO-GLOBULE. J'ai un autre truc, qui est gratuit, mais qui marche moins bien. Donc, j'ai gardé GLOBULE » (participant n°8)

« Il y a photo par PAACO-GLOBULE » (participant n°8)

L'échange physique a été cité par trois participants.

« Après, on se voit physiquement. Les infirmières passent le matin, on boit un petit café et on échange, en fait, sur 2-3-4 patients » (participant n°3)

« Le pas de la porte. On a les infirmiers qui sont dans le bâtiment juste à côté, donc souvent, on échange comme ça, beaucoup, en plus de tout le reste » (participant n°9)

« Elles posent tout à la pharmacie, elles vont chercher même les médicaments et elles laissent des infos qui me sont transmises après » (participant n°2)

III.3.3.1.2. Avec la MSP

Trois participants ont mis en avant l'importance des réunions pluridisciplinaires.

« [...] on fait des réunions de toute façon mensuelle avec les professionnels de santé de la structure » (participant n°5)

« [...] aux réunions de concertation pluripro, aux RCP, ce qui donne vraiment du sens, parce qu'on discute vraiment de tout ça [...]. Et donc, toutes ces personnes-là peuvent discuter autour du cas de quelqu'un en RCP » (participant n°10)

L'utilisation d'un logiciel commun pour toute la MSP a été citée par quatre participants.

« On peut faire circuler les infos. On a les comptes rendus de réunion aussi qui sont disponibles » (participant n°5)

« Le logiciel commun, on est en multisite, et nous, on a fait le choix d'équiper les infirmières, les kinés, à peu près tous ceux qui se déplacent, en tablette » (participant n°8)

Une participante a cité l'utilisation du téléphone, même en dehors des jours de travail.

« *On se téléphone même sur nos jours de repos. Ce n'est pas trop gênant* » (participant n°6)

Les discussions en présentiel ont aussi été citées par deux participants.

« *[...] avec les autres médecins généralistes, on parle, puisque souvent on voit nos patients et on voit leurs patients* » (participant n°5)

« *Et puis sinon, on utilise les mails ou on se voit des fois au coin du couloir* » (participant n°5)

« *On utilise la pause-café pour parler des patients qui posent souci* » (participant n°6)

III.3.3.1.3. Avec la DAC/PTA

La communication avec la DAC a été citée par la majorité des participants (dix participants).

L'outil PACO-GLOBULE a été cité par trois participants.

« *PAACO-GLOBULE, ça permet de communiquer avec la PTA* » (participant n°1)

« *J'utilise beaucoup PAACO-GLOBULE tout le temps, Vraiment intéressant. La DAC fonctionne énormément avec* » (participant n°3)

Un participant a aussi évoqué la présence de la DAC dans leurs réunions physiques.

« *On a les coordinatrices du DAC qui sont là depuis quelques mois, conviées à ces réunions. [...] on en parle avec elles régulièrement des soucis de maintien à domicile ou du plan d'aide à maintenir* » (participant n°5)

III.3.3.1.4. Avec les autres médecins et les structures

L'utilisation du téléphone a été citée par quatre participants.

« *Tu as un numéro à Chénieux pour les avoir en gériatrie* » (participant n°1)

« *[...] l'urgence gériatrique avec leur numéro portable. On les appelle* » (participant n°4)

Le courrier a aussi été cité par deux participants.

« *On leur fait un petit courrier. Soit on prend notre téléphone. Soit par mail* » (participant n°6)

« *C'est rare qu'on ait des entretiens comme ça, coup de téléphone. C'est plus par courrier que ça se fait* » (participant n°5)

Le mail a été cité par deux participants.

« *C'est soit le téléphone, avec le CHU ou la clinique. Ou les mails* » (participant n°5)

Le fax a été cité par un seul participant, un autre a indiqué ne plus l'utiliser.

« Il y avait les fax aussi pour communiquer avec les spécialistes, mais ça, c'est en perte de vitesse » (participant n°6)

« Le fax, non, c'est fini moi » (participant n°5)

Deux participants ont aussi parlé de l'utilisation de la télé-expertise, dans deux domaines différents.

« On utilise aussi Omnidoc, des fois, avec certains services pour la télé-expertise, pour les spécialistes. Il y a certains services du CHU qui le font, qui utilisent ça » (participant n°5)

« L'EMESPA, c'est une équipe psychiatrique de la personne âgée qui vient au domicile. Moi j'utilise beaucoup. [...] Et qui donne avec une télé-expertise, si besoin » (participant n°11)

III.3.3.1.5. Avec les pharmaciens

L'utilisation du mail ou d'un logiciel commun a été citée par deux participants.

« Par mail, un peu avec les pharmaciens pour la transmission d'ordonnances, des choses comme ça » (participant n°3)

« Quand je vais à domicile, j'y vais avec ma tablette. Je modifie l'ordonnance sur le dossier. Quand les gens vont à la pharmacie, le pharmacien regarde l'ordinateur, il appuie sur le bouton, et là il sort l'ordonnance imprimée » (participant n°8)

Un participant a aussi indiqué que la pharmacie pouvait servir d'intermédiaire entre lui et d'autres intervenants.

« Non, la pharmacie, elle me sert de... de transfert aussi. [...] je lui dépose une ordonnance. Il y a des infos qui vont transiter » (participant n°3)

III.3.3.1.6. Avec les acteurs médico-sociaux

Un participant a cité l'utilisation de l'outil PAACO-GLOBULE.

« Il y a PAACO-GLOBULE, qui est un moyen de communication, qu'on utilise quand même régulièrement. L'avantage, c'est ça, c'est qu'il y a vraiment des acteurs médicaux et sociaux. Il y a tel monde qui peut voir en fonction des autorisations qu'on donne [...]. Que tout le monde soit au courant » (participant n°11)

Certains participants font aussi intervenir ces acteurs médico-sociaux dans leurs réunions.

« Cette personne qui est à Sornac vient aussi aux réunions de concertation pluripro, aux RCP » (participant n°10)

III.3.3.1.7. Avec les MKDE

L'utilisation du mail a été citée par un participant.

« Et les kinés aussi beaucoup par mail pour ceux qui sont en maintien à domicile. Quand ils arrivent au bout, ils envoient un mail. Je leur envoie l'ordonnance par retour de mail » (participant n°4)

Mais deux participants ont indiqué que ce sont en général les kinés qui les contactent et non l'inverse, et un participant a lui indiqué ne pas avoir beaucoup de contact avec les MKDE.

« Les kinés, [...] ils appellent directement » (participant n°1)

« Les kinés, ils peuvent nous solliciter directement » (participant n°5)

« Les kinés, pas trop. On ne communique pas trop avec les kinés » (participant n°3)

III.3.3.1.8. Avec les aide-ménagères

L'utilisation du cahier a été citée par quatre participants.

« Sauf quand je suis sur place. Il y a un cahier, des fois aussi » (participant n°5)

« [...] les aides-soignantes, le SSIAD, les aides à domicile, elles ont toujours un petit cahier où elles marquent des trucs. Et c'est vrai que quand on y va, on jette un œil. [...] c'est quand même pratique de voir qu'il y a des informations qui sont là aussi » (participant n°8)

« Je trouve que les cahiers remplis, même par les dames qui donnent à manger, c'est là où on s'aperçoit que de temps en temps il y a des fausses routes. Alors qu'on n'avait pas vraiment perçu. De temps en temps, bah, qu'il ne mange pas » (participant n°8)

Ce sont souvent les aide-ménagères qui informent directement ou via l'IDE d'un problème.

« [...] c'est surtout eux qui sollicitent en fait. Ce n'est pas tellement moi qui vais chercher le contact, c'est plutôt eux qui ont une demande spécifique ou qui veulent alerter » (participant n°5)

« Il y a souvent des informations qui sont souvent relayées par une infirmière du coup, et ça finit par monter » (participant n°8)

III.3.3.1.9. Avec les auxiliaires de vie

Les deux participants qui ont parlé des moyens de communication avec les auxiliaires de vie ont tous reporté des interactions lors de leurs visites ou à l'initiative de l'auxiliaire de vie.

« Les auxiliaires de vie, c'est vrai que c'est peut-être un peu moins fréquent. A l'occasion des visites quand elles sont là, ils ou elles sont sur place » (participant n°5)

« Les contacts que j'ai avec eux, c'est surtout eux qui sollicitent en fait, [...] qui ont une demande spécifique ou qui veulent alerter. Ils appellent le secrétariat, effectivement. Et après, le secrétariat me transfère l'appel pour qu'on échange » (participant n°6)

III.3.3.1.10. Avec les autres

La communication avec les biologistes a été citée par un seul participant.

« On n'a pas parlé des biologistes, en fait. Mais c'est vrai qu'on a quand même par... par l'interface. On a quand même aussi une communication mine de rien » (participant n°3)

Le podologue a été cité par un seul participant.

« Le podologue du coin, moi, m'envoie systématiquement sur ma messagerie sécurisée tous ses bilans. C'est le seul qui le fait » (participant n°6)

Un participant a évoqué son ressenti concernant la présence ou l'absence de retour des intervenants après avoir adressé leurs patients.

« L'équipe mobile de gériatrie qui, des fois, nous font un retour. Et ça, c'est agréable » (participant n°6)

« J'apprécierais beaucoup plus que les orthophonistes me fassent un retour qui est des fois un petit peu plus laborieux à obtenir. Ils le donnent au patient, mais ils ne nous l'adressent pas à nous » (participant n°6)

III.3.3.2. Avantages des moyens de communication

Le logiciel commun permet de faciliter la collaboration entre les différents intervenants dans un contexte pluriprofessionnel comme l'ont indiqué deux participants.

« Tous les médecins du pôle, pharmaciens, infirmiers, kinés, et les travailleurs sociaux avec qui on peut partager les infos également » (participant n°10)

« [...] être au courant des dernières avancées, d'exams complémentaires » (participant n°6)

« [...] ce qui permet aussi d'avoir accès au dossier, accès du spécialiste, enfin accès à tout le dossier quoi » (participant n°8)

Un participant a mis en avant la contrainte à organiser des réunions pluriprofessionnelles, mais avec de nombreux avantages à la clé.

« Les réunions pluriprofessionnelles. [...], qui est un petit peu plus lourd, c'est plus compliqué, il faut se réunir, etc. Mais en fait, c'est fondamental. Parce qu'il y a l'information immédiate, il y a le dossier » (participant n°8)

« On fait des réunions sur les différents sites. La difficulté de faire des réunions en multisite, c'est justement d'essayer de repérer les patients communs à plusieurs » (participant n°8)

« Par contre, on va faire des thèmes. Parce que si on fait des RCP, par exemple, la psychologue, la psychomot, et... On va plutôt faire des thèmes enfants » (participant n°8)

La communication avec les différents intervenants permet à un des participants de passer moins souvent en visite à domicile.

« *Moi, je vois ces gens [...] en général tous les 3 mois quand tout se passe bien. Les IDE, c'est tous les jours. Et par contre, je reçois des messages, je reçois des photos, je reçois différents appels pour éventuellement donner des conseils ou aller voir* » (participant n°8)

Trois participants ont mis en avant le gain de temps en utilisant des moyens de communication.

« *Et les kinés aussi beaucoup par mail [...]. Et puis, quand ils arrivent au bout, ils envoient un mail. Je leur envoie l'ordonnance par retour de mail [...]. C'est un gain de temps. Donc, ils nous envoient le mail, un retour de mail* » (participant n°4)

« *Le téléphone, c'est chronophage, mais [...] des fois, une réponse entraînant une nouvelle question à laquelle tu n'avais pas pensé au départ, ça permet d'étoffer un peu ton dialogue. Alors que le mail, si la réponse te reconfronte à une nouvelle difficulté, tu es obligé de renvoyer un deuxième et d'attendre la réponse suivante* » (participant n°6)

« *Elle nous fait un retour en direct avec un compte-rendu sur le logiciel, plus par PAACO-GLOBULE si besoin* » (participant n°11)

Certains canaux sont privilégiés pour la rapidité de réponse entre les intervenants, comme l'ont indiqué cinq participants.

« *Plutôt le téléphone. Parce que si je travaille en plus, c'est que, voilà, je préfère être prévenue tout de suite* » (participant n°2)

« *L'urgence gériatrique avec leur numéro portable. On les appelle. Puis ils sont très réactifs aussi. J'ai appelé ce matin, ils m'ont pris deux patients* » (participant n°2)

« *Je trouve que maintenant, les mails, c'est devenu plus rapide* » (participant n°5)

« *PAACO, c'est vraiment instantané. En plus, ça fixe vraiment l'équipe qui est autour du patient* » (participant n°8)

Un participant a cité l'enrichissement des informations permis via les nouvelles technologies.

« *C'est une plateforme de télé-expertise. On peut enrichir avec ton courrier, bien sûr, mais avec les examens, c'est assez facile à glisser dans ta demande* » (participant n°5)

III.3.3.3. Inconvénients des moyens de communication

Presque tous les médecins ont mis en évidence la surabondance d'informations via ces moyens de communication.

« *Effectivement, il y a des notifications qui arrivent sans arrêt* » (participant n°8)

« *C'est le flux d'informations qui arrive. On est noyé dans les résultats de labo qui arrivent sur la boîte mail, le mail avec le PAACO, machin, le truc* » (participant n°7)

« *Alors c'est vrai que quand il y a un SSIAD, un SAD, un réseau, on a quatre cahiers* » (participant n°8)

Deux participants ont évoqué comment l'arrivée continue d'informations pouvait retentir dans leur vie quotidienne.

« On le voit avec les portables, parce que quand on part en vacances on a tous été, je pense, appelés par une infirmière » (participant n°2)

« [...] comme on ne travaille pas tous les jours, on ne voulait pas être notifié par les infirmières de choses urgentes » (participant n°6)

« [...] quand on te met la photo d'un ulcère qui s'aggrave un dimanche soir à 22h alors que tu ne travailles pas le lundi. T'es obligé en fait de te prendre sur toi pour t'en occuper le lundi matin et au moins appeler tes collègues » (participant n°6)

Avec un risque de perte d'informations comme l'indique deux participants.

« Alors, moi, j'ai PAACO-GLOBULE. Mais j'avoue que je suis pas hyper vigilante, il ne sonne pas. Donc, des fois, je ne regarde pas forcément » (participant n°1)

« PAACO, j'avoue qu'il y a des fois, il y a des notifications. Quand tu en as 40 dans la journée. "Là, eh ben là je n'ai pas le temps." Et puis après, je l'oublie. T'as plein d'infos, t'as plein de trucs. Et c'est des fois compliqué de cumuler un logiciel, deux logiciels » (participant n°11)

Pour éviter cette surabondance d'informations, un participant a trouvé des astuces, ce qui a donné des idées à un autre participant.

« J'ai fait une délégation aussi au secrétariat. Mon secrétariat a accès à PAACO-GLOBULE [...] et il transfère au médecin qui est sur place » (participant n°5)

« C'est vrai que moi j'ai désactivé les notifications » (participant n°5)

Quatre participants ont évoqué des inconvénients d'ordre technique.

« C'est quand même très, très énervant de ne pas pouvoir utiliser la messagerie sécurisée pour envoyer des mails, [...] à la difficulté que ça ne trouve pas les adresses mail ou ça me dit que ce n'est pas assez sécurisé, que ça ne veut pas envoyer. Alors du coup, je me retrouve à envoyer par une adresse mail personnelle qui n'est pas sécurisée. Mais qui au moins fonctionne » (participant n°6)

« Je pense que c'est un petit peu la Rolls ce truc, mais c'est peut-être un peu sous-évalué, sous-utilisé, parce qu'il y a des professionnels qui n'osent pas trop l'utiliser. Quand tu ne l'utilises pas, pour un outil qui est quand même un petit peu complexe, tu ne sais plus comment ça fonctionne » (participant n°8)

« Oui, ils ont un problème de réseau » (participant n°11)

Deux participants ont mis en avant des inconvénients d'ordre logistique.

« Les réunions pluriprofessionnelles. [...] le moyen de communication, qui est un petit peu plus lourd, c'est plus compliqué, il faut se réunir » (participant n°8)

« Nous, on est sur MediStory, effectivement, mais personne, aucun des autres professionnels, ne sont équipés. Alors il faut les équiper. C'est un gros coût de la maison de santé » (participant n°8)

Deux participants ont évoqué comment ces moyens de communication étaient dévoyés de leur fonction première.

« J'ai utilisé PAACO-GLOBULE avec les infirmiers. Mais parfois, il y avait des demandes de visites urgentes ou de choses comme ça. Elles s'en servaient pour ne plus passer par l'intermédiaire de notre secrétariat et aller demander directement au médecin traitant du patient concerné tel ou tel élément sans considération aucune pour ses congés, ses jours de repos et même des fois le dimanche à 22h » (participant n°6)

« J'étais le seul dans le secteur à utiliser PAACO-GLOBULE avec mes infirmiers. [...] oui c'est vrai que le truc, c'est que ça vire à la prise de rendez-vous, à la demande d'ordonnances » (participant n°5)

III.3.4. La télésurveillance

III.3.4.1. Description de la télésurveillance

Quatre participants ont tenté de décrire la télésurveillance accompagnée d'une interface.

« Télésurveillance, pour moi, ça veut dire qu'il y a forcément une interface. Il faut avoir une interface numérique ou technique » (participant n°3)

« PAACO, ça peut être utile pour ça. Pour mettre des constantes, le poids, pour les insuffisants cardiaques ou pour... ou des problèmes de nutrition. Mettre certaines constantes de la tension, ou transférer un relevé d'automesure. On peut imaginer que ça peut être ça de la télésurveillance, mais ça peut aller jusqu'à utiliser des outils connectés avec le saturomètre ou des balances connectées... » (participant n°5)

« J'ai vu un malade, il y a une petite dizaine d'années, c'était relié à Rebeyrol, je pense, il y avait au lit du malade » (participant n°2)

Un participant a décrit deux situations de télésurveillance différentes.

« Il y a la situation où il y a un intermédiaire qui est l'infirmière qui rentre les données, qui nous les envoie. Et puis la situation où le patient est autonome et le fait lui-même » (participant n°3)

III.3.4.2. Cibles de la télésurveillance

Les constantes habituelles (saturation, température, poids) ont toutes été énoncées, et citées par sept participants.

« On peut imaginer qu'il y ait une sat' connectée, un thermomètre connecté pour surveiller les constantes » (participant n°3)

« C'est bien d'avoir un tensiomètre et l'oxymètre et pouls. Je trouve. Thermomètre aussi » (participant n°4)

« Mettre certaines constantes de la tension, ou transférer un relevé d'automesure » (participant n°5)

« [...] quelqu'un qui est sous oxygène à domicile avec un saturomètre pour dormir » (participant n°11)

Le poids a par ailleurs été cité par deux participants dans le cadre spécifique de la surveillance d'insuffisants cardiaques.

« Pour mettre des constantes, le poids, pour les insuffisants cardiaques ou pour... ou des problèmes de nutrition » (participant n°5)

« L'intérêt, ça serait si, [...], quand on voit un patient, par exemple, décompenser sur le plan cardiaque, qui a des œdèmes des membres inférieurs, des choses comme ça, et qu'on veut se rendre compte, en fait, depuis quand il aurait pris du poids » (participant n°6)

La glycémie a été citée par quatre participants.

« Une chose qu'on pourrait peut-être faire en continu, c'est la glycémie chez les diabétiques, surtout chez les personnes âgées » (participant n°1)

« Il y a la glycémie aussi. Peut-être que ça peut être aussi intéressant sur des... Ou on peut avoir un retour directement à des chiffres à notre cabinet, ou avec le spécialiste s'il y en a » (participant n°5)

« Il y a les logiciels, oui, de surveillance des glycémies à distance » (participant n°6)

La surveillance de rythme cardiaque a été citée par cinq participants.

« Il y a la télésurveillance cardiaque aussi, avec les défibrillateurs ou les pacemakers » (participant n°5)

« Il y a des télésurveillances qui sont déjà en cours, pour des personnes qui sont... pour des pacemakers, des défibrillateurs » (participant n°11)

« Il y en a beaucoup qui téléchargent pour le rythme cardiaque » (participant n°4)

D'autres cibles n'ont été citées que par un ou deux participants.

« Et aussi pour la sarcopénie, pour mesurer les balances musculaires aussi. Pour la dénutrition. Ça serait très intéressant d'avoir ça » (participant n°4)

« Bandelette urinaire, mais je ne vois pas comment on peut... » (participant n°4)

« Les appareils d'apnée du sommeil, ils sont... Il y a un envoi, il y a une télésurveillance quotidienne. Je peux voir toutes les nuits, savoir qui a porté le truc, combien de temps, combien de fuites, combien d'heures, etc. » (participant n°11)

« Il y en a qui font leurs polysomnographies sur le portable » (participant n°4)

III.3.4.3. eCOBAHLT

Trois participants ont perçu cette recherche comme principalement destinée au service expérimentateur.

« *Et puis c'était pour la gériatrie. Ce n'était pas pour moi à relever les résultats, surveiller. [...] Moi, c'était juste pour m'informer et me demander si je suis d'accord que mon patient participe à l'étude. Mais ce n'était pas pour avoir mon avis ou ma participation. Ou mon aperçu, mon suivi. C'était juste que je disais "OK en tant que médecin traitant, je vous laisse regarder mon patient, ses constantes" » (participant n°4)*

« *C'est pas un problème qu'on n'ait pas suivi. Je pense qu'on nous a demandé l'autorisation pour nos patients, mais qu'après, on n'a jamais eu aucun retour » (participant n°1)*

« *C'était mis en place par le service de gériatrie, une télésurveillance de patients âgés à domicile [...] mais en fait, on n'avait pas eu tellement de... Ça n'avait pas été tellement abondé... [...] Moi, la première, je n'ai pas dû faire de retour » (participant n°6)*

III.3.5. Les avantages de la télésurveillance

III.3.5.1. Avantages pour le médecin

Cinq participants ont indiqué que la télésurveillance pourrait leur permettre d'éviter certains déplacements non nécessaires, et donc être un gain de temps.

« *Si ça peut éviter un déplacement, déjà c'est bien, oui » (participant n°2)*

« *C'est peut-être un gain de temps, pour nous en pratique. [...] ça peut être un signe d'alerte pour qu'à un moment donné, on y aille » (participant n°3)*

« *Et ça va éviter qu'il fasse le 15 trop facilement » (participant n°4)*

Quatre participants mettent en avant la rapidité des informations transmises, et donc une prise en charge plus rapide.

« *Les infirmières font le relais, mais si on peut l'avoir directement, oui, ça serait des choses intéressantes » (participant n°2)*

« *[...] si c'est connecté, de toute façon... Ça peut donner des alertes de façon un peu automatisée » (participant n°5)*

« *Et puis la prise en charge sera plus rapide. Voilà. Qu'on ne laisse pas décompenser avant d'intervenir » (participant n°4)*

Deux participants ont mis en avant la quantité importante d'informations, pouvant être utilisées par la suite.

« *Je parlais de télé-expertise tout à l'heure. J'ai l'impression d'avoir un peu plus d'échanges que par téléphone, des fois, quand on donne des arguments chiffrés » (participant n°5)*

« *Quand tu vois quelqu'un à la maison, on a notre tensiomètre, on a notre interrogatoire, mais si on avait peut-être quelques données biologiques ou... Ben ça pourrait peut-être être intéressant en prévention » (participant n°7)*

III.3.5.2. Avantages pour le patient

Un participant a cité la sensation de sécurité en utilisant ces outils.

« *Donc ça va les rassurer quelque part, qu'il est entouré, qu'il n'est pas seul* » (participant n°4)

« *Et ça rassure le patient qu'il est suivi, qu'il ne s'inquiète pas, qu'on est là à tout moment* » (participant n°4)

Trois participants ont mis en avant l'autonomisation du patient, qu'il doive ou pas intervenir lors des prises de mesure.

« *L'avantage, c'est d'essayer d'autonomiser le patient. Ça peut avoir un caractère préventif. Si on lui explique bien la finalité de l'intérêt de surveiller ces paramètres* » (participant n°5)

« *[...] des choses autonomes comme, par exemple, le défibrillateur implanté ou des choses comme ça qui fait un enregistrement en temps réel* » (participant n°6)

« *Repérer les hypoglycémies... C'est vrai qu'ils ont leur... Leur Freestyle ou machin. Mais au milieu de la nuit, quand ils dorment...* » (participant n°8)

III.3.6. Les inconvénients et limites de la télésurveillance

III.3.6.1. Inconvénients pour le médecin

III.3.6.1.1. Flux d'informations

Au même titre que les moyens de communication (qu'utilise la télésurveillance), le risque d'une surabondance d'informations reçues a été citée par de nombreux participants.

« *Un des freins, je pense quand même, c'est le côté, on voit ça avec PAACO-GLOBULE, c'est qu'on reçoit des informations le dimanche* » (participant n°3)

Quatre participants ont mis en avant de ne pas savoir comment pouvoir gérer ce flux d'informations sur des plannings déjà débordés, et pendant leur temps de repos.

« *[...] qu'il n'y ait pas d'intermédiaire entre le patient, l'outil et nous, ça me pose un petit souci, puisque, déjà, dans une journée c'est difficile de tout caser. Alors si en plus, il faut trouver un moment pour regarder ces constantes et suivre en direct* » (participant n°1)

« *À quel moment on regarde tous les jours ?* » (participant n°11)

« *Et puis, on ne travaille pas tous cinq jours par semaine. C'est... Il y a les congés, il y a les jours fériés* » (participant n°6)

Le fait d'avoir autant d'informations en continu peut aussi amener à un risque de saturation des Urgences ou les réseaux de soins primaires, comme l'ont indiqué deux participants.

« *C'est que s'il n'est que face à sa machine et qu'il ne voit pas les bons chiffres, il va faire le 15 sans arrêt* » (participant n°1)

« [...] j'ai peur que ça déclenche beaucoup plus d'alertes qu'à l'heure actuelle, le fait de ne pas forcément surveiller au quotidien d'aussi près. Et que ça aboutisse peut-être à une surconsommation de consultations médicales pour des choses qui n'en vaudront pas forcément toujours le coup » (participant n°6)

Certaines contraintes techniques peuvent aussi survenir comme l'indiquent deux participants.

« Bandelette urinaire, mais je ne vois pas comment on peut... On peut l'informatiser... Je ne sais pas, [...], mais ça m'a l'air compliqué » (participant n°4)

« Comment on le met en place, en fait, et qu'est-ce qui existe ? Est-ce qu'il faut que ça soit relié au niveau informatique, à nos logiciels ? » (participant n°3)

III.3.6.1.2. Importance de la clinique/de l'expérience

Trois participants ont évoqué la difficulté à évaluer de façon correcte sans voir le patient.

« J'ai besoin de ça, c'est de voir le patient et puis d'aller au contact du patient et d'échanger avec le patient pour me faire une idée. Et ça, ce n'est pas la machine qui va l'amener. Moi, j'ai besoin de ce contact » (participant n°3)

« [...] la télémédecine, j'ai eu beaucoup de mal à m'y mettre. D'avoir le patient qui n'est pas près de moi ou qu'il n'y ait pas quelqu'un près de moi, pour moi, c'est compliqué » (participant n°1)

« [...] quand ils se présentent et quand ils sont pâles et tout ça, ce n'est pas... [...] L'aspect clinique, le passage au lit du malade. Ça me paraît difficile de shunter, quoi » (participant n°2)

Quatre participants ont insisté sur les risques de mauvaises interprétations de chiffres seuls et de passer à côté de quelque chose si la clinique n'est pas prise en compte.

« Mais une tachycardie, tout ça, on ne le verra pas. Et le malade ne va pas être bien » (participant n°2)

« La tension, c'est pareil. C'est tellement labile sur des tonnes de facteurs que si ce n'est pas associé à autre chose, ça paraît délicat d'interpréter un chiffre pur hors d'un contexte clinique associé » (participant n°6)

« Et bien souvent, c'est les infirmières qui prennent les constantes, [...] ont quelque chose que la télésurveillance n'aura jamais, c'est-à-dire l'intuition, le feeling, de voir la personne, si elle est comme d'habitude ou pas comme d'habitude » (participant n°10)

III.3.6.2. Inconvénients pour le patient

III.3.6.2.1. Contraintes techniques

Cinq participants ont décrit les inconvénients techniques comme possibles freins à l'utilisation de ce mode de surveillance chez les personnes âgées.

« Aussi pour cette population qu'on a en ce moment en 2024. Des gens âgés, pour qui le numérique, ils ne connaissent pas ou très peu. Ils ne manient pas » (participant n°2)

« Les outils connectés où il faut qu'il y ait une manipulation du patient, quelqu'un qui a 80 ans, [...] Les miens, ils patinent sur la technologie » (participant n°6)

« Pour du matériel connecté sur des patients âgés, il faudra quand même des... Qu'ils soient accompagnés par des infirmiers ou... » (participant n°5)

L'utilisation de ces appareils est conditionnée à la dépendance des patients ou la présence de troubles cognitifs comme l'indiquent trois participants.

« Un frein lié à la technologie. Et, bien sûr, à l'état de dépendance du patient » (participant n°3)

« Mais il faut que ce soit des gens qui aient la compétence cognitive pour savoir quoi en faire, effectivement, de ces informations. Sinon, ça n'a pas d'intérêt » (participant n°6)

« Après, ça demande un degré quand même d'autonomie pour le patient d'utiliser ses outils connectés » (participant n°5)

La mauvaise utilisation de ces appareils peut amener à un risque de résultats erronés, comme citée par trois participants.

« Et lui faire monter sa tension. [...] On le voit déjà, pour les prises de tension [...]. On leur dit de prendre matin et soir, ils prennent ça tout au long de la journée » (participant n°6)

« L'infirmière, ça va être facile pour elle d'utiliser la technologie. Pour le patient qui est en perte d'autonomie, qui n'est pas forcément en super forme, qui a des troubles cognitifs, on ne lui fera jamais faire quoi que ce soit [...]. Il sera incapable de le faire. À mon avis, une fois sur deux, ça sera raté » (participant n°3)

« Un apprentissage des choses connectées chez les plus de 80, 85 ans, là, ça me paraît... Compliqué. Et... Peu fiable » (participant n°6)

Un participant a aussi mis en avant la nécessité d'humains derrière cette télésurveillance.

« [...] un patient pour lequel la télésurveillance avait signalé qu'il y avait un problème sur un pacemaker. Et les cardiologues, en fait, il y a eu zéro réaction. C'est le fils qui s'est aperçu que sur la machine, il y avait un truc qui clignotait depuis quelques jours et qui a téléphoné à la clinique et qui a dit "Ah oui, mais nous, on s'en occupe plus, vu qu'on ne les pose plus, il faut appeler le CHU" » (participant n°11)

Enfin, deux participants ont mis en avant la nécessité d'avoir un appareillage technique le moins contraignant possible pour le patient.

« Toute la difficulté, c'est qu'il faut faire des systèmes qui, comme tu dis, soient d'utilisation relativement simple et ne soient pas non plus une source de stress supplémentaire pour le médecin ou de surcharge » (participant n°7)

« [...] tension, pouls, s'il n'y a pas de phénomène... Enfin, si, quand ils ne vont pas bien oui, mais tous les jours, ça me semblerait lourd » (participant n°1)

III.3.6.2.2. La perte ou l'absence de la relation humaine

Trois participants ont indiqué que la présence humaine est souvent plus rassurante pour les patients que d'avoir une simple indication de chiffres sur un écran.

« C'est plus rassurant pour les patients de voir une personne qui rentre, qui prend les constants que d'avoir une machine et appuyer dessus » (participant n°4)

« Mais le contact, il ne faut pas l'oublier quand même, parce que ces personnes âgées, elles ont besoin. [...] il y a des problèmes médicaux, mais aussi psychologiques. Ils sont plus anxieux. Ils ont besoin de présence » (participant n°2)

La présence d'une tierce personne peut aussi aider à mieux gérer la situation, comme cité par quatre participants.

« Le côté humain dont je parlais tout à l'heure, le côté psychologique, il y en a quand même quelques-uns qui, l'infirmière ou une aide-soignante qui pourra le rassurer » (participant n°2)

« L'infirmière est là, il y a une présence. Ça, ça apaise la personne et puis ça nous aide à mieux gérer » (participant n°4)

« [...] quand des gens qui ont besoin d'être surveillés, ils ont besoin d'humains pour vérifier » (participant n°10)

Quatre participants ont cité le risque d'anxiété chez le patient à se retrouver seul face à ces chiffres.

« Prendre la tension tous les jours, je ne vois pas l'intérêt. A part que ça soit anxiogène et puis... Est-ce qu'on la prend dans les bonnes conditions ? » (participant n°3)

« C'est vrai qu'en parallèle, ça peut être aussi stressant pour le patient » (participant n°5)

« Ça peut paraître anxiogène, parce que, bon, déjà, ils ne sont pas bien, ils décompensent. Et qu'on installe chez eux une grosse machine, enfin une machine » (participant n°2)

III.3.6.3. Limites

La question du coût de ces appareils a aussi été posée par la majorité des participants (7 participants).

« Le coût de tous ces appareils qu'on va mettre partout, pour ces centaines et des milliers de patients. Qui va financer tout ça ? » (participant n°4)

« Mais bon, ça va avoir un coût colossal... Et pour un bénéfice, je ne sais pas s'il sera aussi important que le coût que ça va générer » (participant n°6)

« Combien on va le payer surtout ? Est-ce qu'ils vont pouvoir, vu qu'ils ne peuvent pas aller à l'EHPAD ? » (participant n°11)

« Il faut des techniciens qui sont joignables. Donc, il y a un coût important pour mettre en place ces télésurveillances » (participant n°4)

Un participant a mis en avant la difficulté à trouver du personnel pouvant intervenir chez les patients qui ne peuvent utiliser seuls ces outils, et deux autres participants considèrent que la surveillance se fait déjà bien, via l'intermédiaire des IDE et ne voient pas forcément l'intérêt de la télésurveillance.

« [...] avec la limite, effectivement, comme on disait tout à l'heure, des intervenants au domicile, qui ne sont pas forcément aussi nombreux qu'on le voudrait » (participant n°10)

« Maintenant que les IDE interviennent, ils nous transmettent en direct les résultats avec leurs appareils, leurs outils normaux, sans télésurveillance. Comme elles sont là tous les jours avec les aides-soignantes, je n'utilise pas beaucoup les outils informatisés » (participant n°4)

« La tension, on leur demande, on leur dit de faire... Ils ont quasiment tous maintenant des appareils, ils le prennent, ils nous l'envoient » (participant n°1)

Un participant a aussi évoqué les limites de la délégation de tâches.

« Le fait de déléguer, c'est difficile aussi. De déléguer à des machines ou de déléguer à une autre personne, [...], ce n'est pas forcément si simple que ça, parce qu'il y a aussi la crainte de... [...], de passer à côté de quelque chose » (participant n°6)

Trois participants ont évoqué l'aspect éthique de cette télésurveillance.

« Jusqu'où ça commence et ça finit » (participant n°10)

« Où on s'arrête à un moment donné ? » (participant n°8)

« [...] la sat', la température, mais ils ne sont quand même pas en réa, ils sont chez eux, ils vivent quoi donc. C'est possible, mais est-ce que c'est adapté au domicile ? » (participant n°2)

La question de fiabilité a été évoquée par un participant.

« Il faut que ce soit fiable. Que ça ne tombe pas en panne » (participant n°4)

Pour certains systèmes de télésurveillance, comme ceux de surveillance de pacemakers, les participants n'ont pas forcément de suivi à ce sujet comme l'indique un participant.

« Ça, ça existe déjà, mais après ça interagit plutôt directement avec le service de cardiologie et pas forcément avec nous » (participant n°5)

III.3.7. Perspectives de la télésurveillance (attentes et craintes)

III.3.7.1. Perspectives pour le médecin

III.3.7.1.1. Un outil au service du médecin

III.3.7.1.1.1. Pour l'aider

Six participants ont évoqué l'idée d'un unique outil pour centraliser toutes les données.

« *J'imagine quelque chose qui pourrait être connecté à notre ordinateur où on a... On sait qu'avec les infirmières, effectivement, qu'il y a une surveillance pour tel patient, tel patient, tel patient, et on a un retour* » (participant n°3)

« *[...] ou on peut avoir un retour directement à des chiffres à notre cabinet, ou avec le spécialiste s'il y en a* » (participant n°5)

« *Peut-être que quand on arrivera au domicile, effectivement, on mettra la prise diagnostique. [...] On va pouvoir avoir une synthèse très rapide* » (participant n°7)

« *On peut imaginer qu'il puisse y avoir effectivement des possibilités de surveillance à distance* » (participant n°3)

Trois participants ont appuyé sur la nécessité d'utiliser ces outils de télésurveillance uniquement en complémentarité de la clinique.

« *Ça peut être complémentaire à notre présence. Mais ça ne doit pas remplacer* » (participant n°4)

« *C'est un outil, en fait, au service du patient et de sa prise en charge. C'est un outil supplémentaire comme un électro. Mais c'est un outil* » (participant n°3)

« *Mais le passage humain de l'infirmière ne doit pas... Ça ne doit pas... du médecin... Ça ne doit pas remplacer* » (participant n°2)

Un participant a aussi évoqué l'idée que la régulation puisse accéder à ces informations.

« *Mais on peut aussi interagir avec le 15. [...] La régulation peut avoir, peut-être, des paramètres de télésurveillance. On peut imaginer un protocole comme ça* » (participant n°6)

Quatre participants ont évoqué l'idée que l'utilisation de ces outils se fasse via l'intermédiaire de tiers.

« *Ça peut peut-être être un rôle aussi, un rôle de l'assistant médical pour ceux qui en bénéficient* » (participant n°6)

« *Peut-être que la télésurveillance peut être utilisée justement via les infirmières [...], ça fasse un lien, mais à des instants. [...], pour la polygraphie, quand il y a le technicien qui passe et qu'il fait le relevé, pareil, il donne des retours. L'infirmière pourrait avoir un truc où ça enregistre et ça bascule systématiquement la tension et qu'on puisse le voir* » (participant n°11)

« *Comme une permanence des soins, une permanence de la surveillance* » (participant n°6)

III.3.7.1.1.2. Pour anticiper

Cinq participants ont évoqué l'importance d'anticiper, notamment sur cette population particulièrement fragile.

« Parce que les catastrophes à venir, il y en a qu'on ne peut pas éviter, mais il y en a quand même un certain nombre qu'on arrive à gérer » (participant n°10)

« Ça peut avoir un caractère préventif. On parle encore du poids, mais aussi sur les glycémies » (participant n°5)

« [...] en termes de prévention et d'anticipation pour la fragilité et pour la prévention des chutes, un truc qui est quand même un gros facteur de mise en institutionnalisation, c'est quelque chose qui est intéressant et qui pourrait être très positif » (participant n°11)

Deux participants ont par exemple cité la surveillance d'un risque de AC/FA.

« [...] ces montres connectées qui permettent de repérer quand on fait un passage en fibrillation auriculaire. Euh... Si on peut éviter de faire un AVC, c'est quand même sympa » (participant n°8)

« [...] plus tu avances en âge, plus finalement tu vas avoir un risque de passage en fibrillation auriculaire, d'AVC, et puis aussi avec les hypoglycémies, chez les personnes âgées qui ont déjà des maladies chroniques, on peut avoir des conséquences aussi » (participant n°7)

Deux autres participants ont parlé de la recherche d'hypotension.

« Hypotension orthostatique aussi » (participant n°10)

« C'est vrai que l'hypotension, l'hypoglycémie, les troubles du rythme, ça, je pense que ça peut être vraiment profitable. La chute de tension qui fait qu'on se casse la gueule et qu'on se pète le col du fémur » (participant n°8)

III.3.7.1.2. Situations d'utilisation de la télésurveillance

Pour éviter la surabondance d'informations, trois participants ont évoqué la nécessité de cibler les patients.

« On ne va pas médicaliser à outrance des gens qui vivent quand même tranquillement chez eux » (participant n°2)

« Ce qu'il faut arriver à repérer, c'est vraiment ce qui est vraiment utile. Parce qu'il y a des trucs qui sont parfaitement inutiles » (participant n°8)

III.3.7.1.2.1. Surveillance

Trois participants ont décrit un intérêt lors d'une utilisation temporaire dans le cadre d'une surveillance de décompensation, et avant d'envisager une hospitalisation.

« [...] sur une phase de décompensation, un sub-AP ou l'OAP qui arrive, voilà pendant une semaine, si on peut avoir le pouls, la tension, le poids » (participant n°2)

« L'hiver, quand ils font des surinfections bronchiques, décompensation cardiaque, et qu'on ne va pas les hospitaliser forcément, quand même, donc là, oui, ça peut être utile » (participant n°2)

« Il faut faire vraiment sur des prescriptions que nous, on ferait pour surveiller certains paramètres. [...] On n'a pas des patients qui décompensent tous les jours, donc si on a deux, trois patients qui sont en surveillance un peu plus rapprochée, ça peut être intéressant » (participant n°3)

Deux participants ont insisté sur une utilisation vraiment réduite de ces outils, sur certaines périodes ou dans des cas particuliers seulement.

« Parce que ça peut être tentant, mais c'est quand même gadget. Si c'est utile à un moment X, T, ok, Mais sinon... » (participant n°2)

« Mais pas dédié à des grands groupes, en fait, qui vont colliger tout ça pour nous. [...] Ça me semble une usine à gaz, quoi. Par contre, individuellement... Sur une courte durée. Pour passer le cap quoi » (participant n°3)

Deux participants ont évoqué l'idée de l'utiliser en sortie d'hospitalisation.

« Dans l'insuffisance cardiaque, moi l'autre jour j'ai quelqu'un qui est sorti avec une infirmière PRADO pendant je ne sais pas combien de temps et il a été surveillé » (participant n°1)

« Maintenant, à l'hôpital, la prothèse de hanche, j'ai une malade, elle est restée 3 jours. [...] Ça va alléger les hospitalisations et ça compense un peu la surveillance qui n'est pas faite, quand même » (participant n°2)

III.3.7.1.2.2. Données rétrospectives

L'analyse des données effectuée de façon a posteriori pourrait rendre compte d'informations utiles selon trois participants.

« [...] qu'on puisse faire un retour en arrière sur 2-3 semaines, se rendre compte à partir de quand il y a eu quelque chose qui a tourné. [...] qu'on peut consulter des données antérieures mais au moment où on le souhaite » (participant n°6)

« Ce qu'on ne peut pas faire, finalement, tous les jours, parce qu'on a trop d'informations qui arrivent, quand on va au domicile du patient, on va pouvoir avoir une synthèse très rapide et on aura peut-être, effectivement, on va avoir des accès... » (participant n°7)

« [...] quand on va en visite, on a déjà, on a les graphes. Et on voit, par exemple, le poids, s'ils se pèsent une fois par semaine, s'ils sont diabétiques et ils ont l'insuline, on voit que dans la journée, en fait, ça descend » (participant n°11)

Selon un participant, l'analyse des données peut aussi permettre de découvrir des choses que le patient pourrait oublier de dire.

« Ça nous permet d'avoir des informations en amont qu'ils ne nous ont peut-être pas dit spontanément » (participant n°11)

III.3.7.1.3. Attentes et demandes des médecins sur la télésurveillance

Deux participants ont évoqué la nécessité d'un cadre légal pour cette pratique.

« Il faut que ce soit cadré, peut-être savoir comment l'utiliser, pour quelle... Pour ne pas que ce soit stressant ni pour le médecin, ni pour le patient » (participant n°5)

« Parce que, si je ne réagis pas assez vite à quelque chose, est-ce qu'on ne va pas m'attendre au tournant, derrière, en disant que je n'ai pas été assez vigilante, alors que j'avais tous les outils en ma possession ? Ça créerait peut-être une vraie contrainte, une vraie pression professionnelle, supplémentaire » (participant n°6)

Trois participants se sont demandés comment ils pourraient adapter cela à leur pratique.

« Je ne sais pas comment je pourrais adapter ça dans ma pratique quotidienne » (participant n°1)

« [...] est-ce que le fonctionnement de faire ça... De faire des visites comme ça de façon régulière, est-ce que c'est bien en adéquation avec la télésurveillance ? » (participant n°5)

« [...] c'est surtout qu'est-ce qu'on en fait derrière, quoi ? Et comment on l'utilise ? » (participant n°3)

Quatre participants trouvent des avantages à ces nouveaux outils et ont annoncé un intérêt pour utiliser ce type d'appareils.

« [...] en termes de prévention et d'anticipation pour la fragilité et pour la prévention des chutes, un truc qui est quand même un gros facteur de mise en institutionnalisation, c'est quelque chose qui est intéressant et qui pourrait être très positif » (participant n°11)

« Les outils connectés, je pense que par extension, ça peut être sympa à utiliser » (participant n°5)

« Je pense que c'est des outils qui peuvent être hyper intéressants et performants. [...] Je pense que c'est un truc qu'il faut s'y intéresser » (participant n°11)

« La technologie nous a beaucoup aidés. Les numériques. Les capteurs. Les logiciels. C'est super quand même » (participant n°2)

Et pour un participant, c'est probablement quelque chose qui va s'imposer rapidement.

« Je me dis que dans les années qui vont venir, il va y avoir la télésurveillance à domicile quasiment systématique pour les patients âgés » (participant n°7)

Deux participants ont cependant indiqué que l'outil se doit aussi d'être le plus simple possible, avec le moins d'appareils supplémentaires possibles.

« On peut les regrouper sur son portable ? [...] Et puis chacun avec son portable, au lieu de... Juste télécharger un logiciel dans le portable de la personne et ça va servir de télésurveillance » (participant n°4)

« Après, l'idéal, ça serait quand même d'avoir quelque chose qui nous bascule directement dans nos logiciels. Essayer de le reconnecter à quelque chose qu'on a déjà. Pas que ce soit un support supplémentaire, quoi » (participant n°11)

III.3.7.1.4. Appréhension des médecins

Six participants ont évoqué l'appréhension de se retrouver avec trop d'informations et ne pas savoir comment gérer tout ce flux.

« [...] avec autant de surveillance de partout, est-ce que je ne me mettrais pas, moi aussi, plus la pression ? » (participant n°6)

« Le problème, après, c'est que l'humain réussisse à récupérer toutes ces infos qui arrivent. [...] la limite est aussi d'analyser toutes les données qu'on peut avoir » (participant n°11)

« On est noyé dans les résultats de labo qui arrivent sur la boîte mail, le mail avec le PAACO, machin, le truc. Si en plus il y a la télésurveillance qui nous arrive dessus, sur notre logiciel » (participant n°9)

Il a aussi été question d'exploiter correctement ces données pour trois participants.

« [...] c'est surtout la lecture derrière pour qu'on arrive à vraiment exploiter les données qu'on reçoit en permanence. On en fait quoi, des heures et des heures d'enregistrement ? » (participant n°11)

« Parce qu'effectivement, recueillir des données, c'est une chose, mais qui les analyse derrière et qui en fait quoi, c'en est une autre » (participant n°10)

Quatre participants ont indiqué ne pas voir l'utilité de ce mode de surveillance par rapport à leurs pratiques actuelles.

« En plus, j'ai du mal quand même à voir la finalité de... De ces outils, à quoi ça peut servir » (participant n°5)

« Les outils connectés pour prendre la tension, la température, les machins bidule... Je ne suis pas du tout sûr de l'intérêt quand il y a des professionnels qui passent et qui peuvent prendre la tension » (participant n°8)

Trois participants ont évoqué le risque de dérive sur le plan financier.

« C'est à qui ça profite. C'est toujours le problème » (participant n°9)

« On sait très bien qu'on va avoir des magnifiques entreprises qui vont nous créer des besoins parfaitement inutiles » (participant n°8)

« Ils ont enregistré s'il y a des apnées du sommeil. Du coup, après, il y a une entreprise qui fait des trucs d'apnées du sommeil qui les contacte. Parce que c'est la filiale d'à côté » (participant n°11)

Deux autres participants ont aussi évoqué l'utilisation de ces outils pour pallier le manque de personnel et pour mettre en place des économies.

« *Si c'est complémentaire, c'est très bien. Pour moi, j'ai l'impression que c'est plutôt pour pallier au manque d'humain(s)* » (participant n°1)

« *[...] il faut ouvrir les yeux aussi là-dessus. Il faut dire "on ne peut plus garder les gens à l'hôpital, alors, on va tout faire pour les surveiller un peu à la maison." Si ça compense ça...* » (participant n°2)

« *Il y a une économie de coût de santé évidente. Donc, après, quand même, on n'est pas très sûr* » (participant n°2)

III.3.7.2. Perspectives pour le patient

Trois participants ont évoqué la nécessité d'avoir quelque chose de pas trop encombrant.

« *Ça va se faire avec des montres, avec des montres connectées, avec des systèmes de capteur très simples qui ne sont pas gênants du tout pour les patients* » (participant n°7)

« *[...] d'essayer d'autonomiser le patient. Mais après, il faut que ce soit des choses simples, de prise de poids ou de... Ça peut avoir un caractère préventif. On parle encore du poids, mais aussi sur les glycémies* » (participant n°5)

« *Toute la difficulté, c'est qu'il faut faire des systèmes qui soient d'utilisation relativement simple et ne soient pas non plus une source de stress supplémentaire pour le médecin ou de surcharge* » (participant n°7)

Un participant a aussi admis que la contrainte technique de l'utilisation de ces outils par des personnes âgées risque de s'effacer progressivement dans le futur.

« *Peut-être que les personnes âgées dans 30 ou 40 ans, ils seront habitués à tout ça. Et avec leur téléphone portable... Oui, ils rentreront les données. [...] On peut rêver de malades qui puissent enregistrer, prendre sa tension, l'envoyer, prendre sa sat, l'envoyer* » (participant n°2)

IV. Discussion

IV.1. Choix de la méthode

L'objectif principal de cette recherche était de décrire les freins et les attentes des médecins généralistes concernant la télésurveillance par télé médecine de paramètres biométriques dans le suivi de patients âgés à domicile.

Si la revue de littérature a retrouvé de nombreuses thèses sur la téléconsultation, elle a finalement retrouvé peu de références sur la télésurveillance, et encore moins si l'on prend le point de vue du médecin généraliste.

Pour notre étude ancillaire de l'essai eCOBAHLT, nous avons choisi de réaliser une analyse qualitative dans une approche phénoménologique.

Cela a ainsi permis de recueillir le ressenti des participants suite à leur expérience vécue avec eCOBAHLT et d'approcher le plus possible leurs attentes et leurs freins à l'utilisation de la télésurveillance chez des patients âgés polypathologiques en milieu ambulatoire réel.

Nous avons volontairement ciblé uniquement cette méthode de surveillance qu'est la télésurveillance, et non une analyse de la télé médecine dans sa globalité, puisque ce champ de la médecine est très vaste et continue progressivement d'être modifié.

IV.2. Modèle explicatif et carte conceptuelle

IV.2.1. La personne âgée, au cœur d'une prise en charge pluridisciplinaire

Du fait de sa définition, la personne âgée fait partie d'une population souvent fragile, dépendante, isolée, et parfois dans la précarité.

L'âge n'est plus forcément le facteur déterminant pour classer ou pas un patient comme une « personne âgée » puisque comme l'ont indiqué plusieurs participants, la personne âgée d'aujourd'hui est souvent en meilleure forme que la personne âgée d'autrefois, et certains de leurs patients nonagénaires ont encore un bon état général.

Les participants ont plutôt mis en avant la fragilité des patients comme caractéristique de cette population avec la présence d'une pathologie voire d'une polypathologie. Ils distinguent patients atteints de pathologies neuro-dégénératives qui empêchent souvent le maintien à domicile et entraînent une mise en institution vécue douloureusement chez ces patients n'ayant pas conscience de leurs troubles cognitifs. Il arrive parfois pour certains de ces patients de décompenser sur une ou plusieurs de leurs pathologies, ce qui nécessite une hospitalisation en cas d'aggravation importante. Pour toutes ces raisons, la prévention de la fragilité a été citée comme étant un point-clé dans la surveillance des patients âgés.

La précarité et l'isolement de certains patients ont aussi été évoqués, avec une nette prédominance chez des femmes seules, qui présentent parfois une souffrance psychologique latente et des troubles dépressifs à l'origine de cet isolement.

La dépendance est décrite comme fréquente dans leur population de personnes âgées, avec une difficulté à se déplacer et à utiliser un moyen de transport, amenant les médecins à

effectuer des visites à domicile lorsqu'aucune autre solution ne peut être trouvée. Dans ce cas l'aide procurée par les aidants est essentielle.

Ce raisonnement sur la complexité de la personne âgée se superpose à celui d'un gériatre, spécialiste de la personne âgée, puisque l'on retrouve alors avec les notions de polyopathie, de dépendance, ou encore de fragilité. Cependant, l'iatrogénie ou la polymédication n'ont pas été directement évoquées durant ces entretiens. (38)

Autour de ces personnes âgées, il existe donc souvent toute une galaxie de personnes, professionnelles ou non, qui les aide au quotidien.

Les participants ont rapidement évoqué pour la majorité d'entre eux la famille, majoritairement leurs enfants, comme les principaux aidants et essentiels au maintien à domicile, avec la notion de risque d'épuisement de ces aidants. Des solutions comme les hôpitaux de jour ou des hospitalisations temporaires, mais aussi d'autres initiatives plus récentes comme le balluchonnage ont été évoquées pour soulager ces aidants. Leur implication peut devenir un fardeau qu'il faut prendre en compte afin d'éviter un épuisement qui peut remettre en cause le maintien à domicile des « aidés ».

Une thèse soutenue en 2023 concluait à un sentiment d'impuissance des médecins généralistes dans un meilleur accompagnement des proches aidants. (39)

Au niveau des professionnels de santé, ce sont les IDE qui ont été le plus citées et ont été présentées comme indispensables à la fois pour le patient et le médecin. Ont été également cités les pharmaciens, les MKDE, les aides-soignantes ou encore les autres médecins spécialistes.

Les participants font intervenir les kinés principalement chez les personnes en perte de mobilité, afin d'essayer de maintenir une certaine autonomie via les exercices de rééducation et de renforcement, ce qui aide aussi à maintenir ces personnes âgées à leur domicile.

D'autres professions comme les orthophonistes ou les podologues ont été citées par une ou deux personnes et n'interviennent pas systématiquement dans la prise en charge.

Le secteur médico-social a aussi été évoqué, avec les services de soins à domicile, l'HAD, les assistantes sociales et les structures d'aide au maintien à domicile avec les auxiliaires de vie, les aide-ménagères et le portage des repas.

IV.2.2. Le médecin traitant, au cœur de cette prise en charge globale

Le médecin traitant est au centre de cette prise en charge, en étant de plus en plus aidé.

Cette aide externe qui aurait pu, par le passé, être considérée comme une intrusion dans leur façon de travailler est maintenant pleinement acceptée par l'ensemble des participants (même pour un des participants qui était très réticent au début).

Tous les médecins appartenant à une MSP n'ont présenté que des avantages à travailler en collaboration et en réseau avec les autres professionnels, notamment pour eux (gestion des

urgences de leurs patients pendant leurs jours non travaillés) mais aussi pour leurs patients qui bénéficient d'une continuité de suivi, notamment grâce à l'utilisation d'un logiciel commun.

Des structures comme l'HAD ou les équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs) apportent une expertise supplémentaire dans la gestion de cas compliqués. Des participants ont toutefois évoqué la difficulté à obtenir des délais d'intervention rapide, ce qui les pousse parfois à se passer de leur aide et d'essayer de trouver des solutions personnelles. Ces difficultés avaient aussi été évoquées dans le cas ciblé de l'aide des réseaux de gérontologie envers les médecins généralistes. (10)

Les structures de coordination comme le DAC (qui comprend maintenant la PTA) a été cité par de nombreux participants, et la très grande majorité d'entre eux ont appuyé sur l'efficacité du dispositif avec un suivi des patients. Certains de ces intervenants participent même aux RCP organisées par les membres des MSP afin de renforcer cette collaboration qu'ils considèrent comme importante.

Les participants ont tous indiqué qu'ils préfèrent la prise en charge en consultation au cabinet, du fait de la présence de matériel au cabinet (ordinateur, table d'examen), et car leur planning ne permet pas toujours des visites à domicile. Ils essaient donc d'inciter au maximum les gens à venir au cabinet.

Finalement, ils disent réussir à ne voir en visite que les patients qui le nécessitent le plus, c'est-à-dire les personnes âgées dépendantes ou sans aide externe pour les conduire, ou les personnes présentant des troubles dépressifs qui relèvent d'une prise en charge proactive. Pour certains participants, cela représente presque cinq à six visites par jour.

Pour pouvoir espacer leurs consultations et se libérer du temps, certains s'appuient sur les infirmières de pratique avancée qui voient les patients de façon alternée avec le médecin.

Certains ont aussi déclaré que leurs patients venaient de plus en plus loin, ou que ces derniers les gardaient comme MT malgré un déménagement, du fait d'un manque d'offre de soins (MG dans la région ne prenant plus de nouveaux patients). Ils admettaient toutefois des limites dans cette prise en charge car si ces patients venaient à ne plus pouvoir se rendre au cabinet, ils ne pourraient pas non plus aller à leur domicile si celui-ci est trop éloigné.

Pour les participants, chaque prise en charge du maintien à domicile de la personne âgée doit être adaptée au cas par cas, comme la fin de vie. Des participants ont noté que certains de leurs patients refusaient parfois l'institutionnalisation, par manque de moyens ou un refus de quitter leur domicile, et ont aussi cité des alternatives à l'institutionnalisation comme les colocations ou les familles d'accueil.

IV.2.3. Les moyens de communication

Les moyens de communication classiques sont utilisés par tous les participants, comme le téléphone, les SMS, les messageries instantanées, mais aussi les mails.

Le courrier a été cité par seulement deux personnes, ce qui montre la perte de vitesse de ce canal de communication historique. Il en est de même pour le fax, autrefois très utilisé mais cité par un seul participant lors des trois focus groupes.

L'utilisation du logiciel commun a été mise en avant par les médecins du fait de ses nombreux avantages : notamment pour la tenue d'un dossier médical commun entre tous les intervenants autour d'une même personne et un meilleur suivi du parcours de soins. Il faut toutefois prendre en compte la nécessité de faire accepter ce logiciel commun par tous les professionnels.

PAACO-GLOBULE a été cité par la majorité des participants qui semblent tous être satisfaits de cet outil, malgré ses inconvénients tels que des notifications parfois trop nombreuses. Cela a motivé certaines personnes de ne pas réinstaller cet outil lors d'un changement de matériel. Cependant des solutions ont été évoquées comme la délégation des messages au secrétariat qui trierait alors les informations et les transférerait ensuite aux médecins après filtrage.

Deux personnes ont parlé de l'utilisation de la télé-expertise dans des spécialités particulières, et plusieurs participants ont indiqué que le cahier des soins à domicile pouvait parfois contenir des informations passées inaperçues auprès du médecin traitant.

Enfin, malgré l'arrivée des nouvelles technologies, tous les médecins ont insisté sur la nécessité de maintenir des discussions physiques et d'organiser régulièrement des réunions pluriprofessionnelles afin de réfléchir plus efficacement à plusieurs mais aussi maintenir ce lien entre les intervenants, malgré les contraintes d'organisation de telles réunions.

Le choix des moyens de communication est souvent question de préférence des participants, mais tous ont globalement considéré que les moyens de communication permettaient en général une prise en charge plus rapide et un gain de temps pour le médecin.

Cependant, les participants ont aussi reporté pas mal d'inconvénients, notamment un flux d'informations qui peut être assez important, entraînant un risque de perte d'information en cas de saturation et parfois même un retentissement sur la vie quotidienne (jours de congés, week-ends, vacances). Ils ont tous fait état que le temps nécessaire pour traiter toutes ces informations n'était pas toujours compatible avec leur emploi du temps.

Certains ont aussi remarqué que la fonction première d'un moyen de communication comme PAACO-GLOBULE pouvait être dévoyée pour se transformer en outil de prise de rendez-vous ou de demandes de prise en charge en urgence.

Enfin, les contraintes techniques comme la nécessité d'utiliser plusieurs logiciels et outils (mail personnel, mails professionnels, PAACO-GLOBULE, logiciel commun, site internet de biologie) et logistiques (organisation des réunions pluriprofessionnelles avec l'ensemble des membres d'une MSP) étaient des freins et des inconvénients aux outils de communication.

IV.2.4. La télésurveillance

Les cibles idéales de télésurveillance selon les participants ont globalement été les mêmes pour tous. Ce sont principalement des cibles qui sont déjà recherchées par les médecins traitants, mais qui pourraient être adaptées dans le cadre de la télésurveillance (poids,

température, saturation) pour des surveillances automatiques, mais aussi des constantes dont les nouvelles technologies permettent une surveillance rapprochée voire continue (rythme cardiaque, glycémie). D'autres cibles comme la fonte musculaire ou la surveillance d'apnées du sommeil ont été évoquées par un ou deux participants.

Les médecins interrogés voient plusieurs avantages à l'utilisation de ces outils, comme une exhaustivité des données, une prise en charge plus rapide grâce à la surveillance continue, un gain de temps pour savoir quand se déplacer au domicile, mais aussi un enrichissement des informations grâce à ces données (lors d'une demande d'avis spécialisé par exemple).

Les participants ont aussi vu quelques avantages pour le patient comme l'autonomisation (pour ceux ayant un état de dépendance ou de cognition suffisant), et la sensation de sécurité à l'idée d'être surveillé grâce à ces outils.

Cependant, beaucoup d'inconvénients ont été avancés par les participants.

Ils ont notamment cité la perte de la présence humaine vis-à-vis du patient qui se retrouve seul, l'absence de professionnels pour gérer les cas d'urgence (hypertension, hypoglycémie). Tout cela pourrait entraîner un risque d'anxiété chez la personne âgée qui risque de se sentir démunie face à la machine. De plus, il a été mis en avant que l'utilisation de ces appareils dépendait très fortement de l'état cognitif et de l'état de dépendance de leurs patients.

Comme pour les moyens de communication, les contraintes techniques (un logiciel par appareil par exemple) et l'augmentation des flux d'informations et de données sont des difficultés évoquées. Certains ont évoqué l'idée de déléguer certaines tâches, avec toutefois la peur et le risque de déléguer à d'autres personnes et de passer à côté de quelque chose.

L'augmentation des données analysées pourrait par ailleurs entraîner une saturation des réseaux de soins primaires ou des Urgences pour des situations non urgentes ou non importantes qui n'auraient pas été détectées sans surveillance continue de ces patients. Les participants ont aussi mis en avant la difficulté à interpréter des données de façon isolée, allant en parallèle avec la sensation d'une perte de l'importance de la clinique et de l'expérience en cas de trop grande importance de la télésurveillance.

Enfin, des questionnements sur l'aspect éthique, le coût pour une mise en place étendue de ces outils de télésurveillance, ainsi que la fiabilité des appareils ont aussi été cités par les participants.

Une thèse de 2021 portant sur la vision des patients concernant les objets connectés retrouvait de nombreuses craintes décrites ici par les médecins comme les aspects techniques et la « déshumanisation de la relation médecin/patient » ou encore l'aspect angoissant voire obsessionnel de leur utilisation, mais aussi la crainte de fuites des données. (40)

IV.2.5. Qu'attendre de la télésurveillance dans le futur ?

Les différents participants ont appuyé sur la nécessité de cibler les patients, et en conséquence de n'utiliser la télésurveillance que dans des situations particulières.

Ils imaginent la télésurveillance comme un outil à leur service, leur permettant d'anticiper et de prévoir, notamment vis-à-vis des personnes âgées. Ils imaginent cette opportunité comme un moyen de centraliser toutes les données, peut-être via un intermédiaire (IPA, assistants médicaux). Cependant, ils ont insisté sur le fait que cela devait rester un outil en complément de la clinique et donc une aide uniquement.

Ils ont par exemple vu un intérêt dans des situations comme la surveillance d'une décompensation en cours, la programmation d'une hospitalisation en cas de dégradation, ou au contraire le maintien du patient au domicile tant que cela est possible afin d'éviter des passages aux Urgences délétères (temps d'attente, perte des repères). Ils imaginent aussi pouvoir utiliser ces dispositifs en sortie d'hospitalisation, pour des sorties parfois précoces et pas forcément attendues, afin de pouvoir surveiller ces patients fragiles. Une autre utilisation pensée par les participants serait d'utiliser ces données à posteriori pour des réévaluations de patients à un moment donné.

Pour pouvoir utiliser ces outils, les participants ont mis en avant que le cadre légal actuel n'était pas encore au point, sur la responsabilité de chacun ou sur la valorisation de cette télésurveillance. Même si certains disent que cela pourrait être intéressant, ils n'arrivent pas à voir comment adapter cela à leur pratique. Ils souhaitent que les outils de télésurveillance soient assez simples d'utilisation, à la fois pour le médecin et pour le patient et que le système soit si possible le moins contraignant possible.

Les participants ont par ailleurs aussi évoqué des appréhensions à l'utilisation de ces outils, notamment de savoir comment ils arriveront à gérer le flux de données supplémentaires, ou encore le risque de dérive avec l'appropriation de ces outils par des groupes mercantiles. Ils ont à nouveau réitéré leur doute sur l'utilité ou pertinence de certaines données permettant une réelle plus-value dans leur prise en charge. Enfin, les participants redoutent aussi que la télésurveillance ne soit qu'une justification pour pallier le manque de personnel ou à la réalisation d'économies de coût.

Même s'il a été dit que les personnes âgées sauront dans le futur mieux maîtriser les nouvelles technologies que les personnes âgées d'aujourd'hui, on a vu que la télésurveillance nécessitait dans l'idéal l'intervention d'un humain (si possible formé à l'utilisation de ces outils), notamment chez ce type de population qui ne sait pas forcément utiliser ce matériel ou qui présente une forte dégradation cognitive. Mais plusieurs participants ont évoqué la difficulté pour les patients de trouver ces ressources humaines. Le risque pourrait donc être un creusement des inégalités entre différentes populations.

IV.2.6. La carte conceptuelle

La carte conceptuelle est un outil visuel qui permet de structurer et d'illustrer les idées et les relations entre les différents concepts allant de la prise en charge pluridisciplinaire de la personne âgée (avec ses caractéristiques et les différents intervenants) pour continuer sur les moyens de communication et la télésurveillance, et finir sur les perspectives des médecins généralistes envers la télésurveillance pour le maintien des personnes âgées à domicile, avec

leurs appréhensions et leurs attentes. Cette carte aide à identifier et à représenter graphiquement les barrières, les besoins et les perceptions des praticiens. En mettant en évidence le cheminement et les interconnexions entre ces éléments, la carte conceptuelle facilite une compréhension globale des dynamiques en jeu, permettant ainsi de mieux appréhender de façon synthétique les enjeux actuels et futurs de la télésurveillance en médecine générale.

C'est une approche qui favorise la clarté et la synthèse des informations complexes.

Elle est présentée en annexe 15.

IV.3. Analyse matricielle

L'analyse matricielle s'avère être un outil particulièrement pertinent pour approfondir l'étude des freins et des attentes vis-à-vis de la télésurveillance chez les médecins généralistes. En croisant les données qualitatives issues des entretiens avec des variables quantitatives telles que l'âge, le genre, la durée d'exercice, le lieu d'exercice et le type de dossier médical, il est possible de mettre en évidence des tendances et des nuances significatives.

Cette analyse matricielle permet d'enrichir la discussion et d'identifier si le contexte influence les perceptions et les pratiques.

IV.3.1. La prise en charge de la personne âgée

IV.3.1.1. Définition de la personne âgée

Les participants les plus âgés ont principalement défini la personne âgée par son âge et sa fragilité, alors que les plus jeunes se sont attardés sur l'aspect de l'isolement et de la souffrance psychologique, ainsi que de leurs pathologies. Les participants âgés entre 50 et 60 ans ont eux plutôt mis en avant la dépendance de la personne âgée.

Si l'on prend en compte la durée d'exercice il existe quelques différences puisque ceux ayant le moins d'expérience citent plus volontiers les pathologies, la perte de locomotion et d'autonomie ainsi que la souffrance psychologique.

Les hommes ont globalement plus cité l'âge, la dépendance, la perte d'autonomie et l'isolement pour caractériser une personne âgée, alors que les femmes ont plus mis en avant la fragilité et la souffrance psychologique.

En résumé, les participants caractérisent différemment la personne âgée selon leur âge ou leur sexe, probablement du fait de leur représentation différente de la personne âgée.

IV.3.1.2. Le maintien à domicile et l'offre de soins

Les participants les plus jeunes ont eu plus de difficultés à donner une définition au maintien à domicile. Les plus jeunes ont aussi cité plus souvent le problème de l'insuffisance de l'offre de soins que les participants plus âgés. Cela se retrouve en regardant la durée d'exercice en médecine.

Ceux exerçant depuis moins longtemps ont aussi parlé plus souvent de l'importance de la surveillance de cette population.

La vision de l'offre de soins varie en fonction de l'âge et de la durée d'exercice en médecine des participants. Chez les plus jeunes, la peur de se retrouver en difficulté explique la crainte de l'insuffisance de l'offre de soins.

IV.3.1.3. Consultations et visites : avantages et inconvénients

Ce sont globalement les plus âgés qui ont fourni les avantages à faire des consultations au cabinet au lieu des visites à domicile et n'ont donné aucun inconvénient. Ce sont eux qui ont aussi donné des inconvénients et limites à la réalisation des visites. Les plus jeunes ont donné plus de justifications ou raisons concernant des refus d'effectuer les visites, comme les hommes. Ces résultats se retrouvent dans les durées d'expérience de chaque participant.

Les hommes ont plutôt parlé des inconvénients des consultations, alors que les femmes ont elles plutôt insisté sur les avantages.

Les participants les plus âgés ont plutôt parlé des inconvénients à réaliser les visites, mais ce sont les plus jeunes qui ont parlé de refus de visites. On pourrait en déduire que les plus âgés ont plus de mal à refuser de prendre en charge les patients en errance, et en parlent le plus du fait de leur expérience.

IV.3.1.4. Mode de transport

La question du mode de transport a globalement été plus abordée par les plus jeunes et ceux exerçant depuis moins longtemps, plus particulièrement sur les limites et l'absence de moyens de transport pour certains de leurs patients. Les hommes ont plus insisté sur les limites des modes de transport que les femmes.

IV.3.2. Les avantages des aidants

Même si la famille a été citée parmi les principaux aidants dans la prise en charge de la personne âgée, le nombre de références concernant les avantages est très limité par rapport au nombre de références pour les autres types d'aidants. Cela s'explique probablement car les aidants familiaux se limitent souvent aux enfants voire aux petits-enfants, alors que les autres aidants regroupent souvent un nombre plus important d'intervenants : les professions de santé médicales et paramédicales regroupent aussi bien les IDE très présentes que les pharmaciens, les MKDE, les aides-soignantes ; le secteur médico-social lui regroupe les assistantes sociales mais aussi les associations d'aide au maintien à domicile ; ou encore les structures de coordination.

Les citations concernant les aidants du secteur médico-social ont été 6 fois plus nombreuses lorsqu'il s'agissait de citer des avantages pour le médecin (23 références) que des avantages pour le patient (4 références). Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces aidants ne sont contactés par le médecin traitant que dans des cas complexes ou dans lesquels ce dernier ne se sent pas à l'aise.

Cela est particulièrement visible sur l'âge où les plus jeunes citent 4 fois plus l'avantage d'avoir recours aux aidants médico-sociaux que les plus âgés, et 5 fois plus l'avantage d'avoir recours à d'autres professionnels de santé que les médecins de plus de 60 ans.

Si l'on prend en compte l'ensemble des intervenants, les médecins les plus âgés citent 2 fois moins souvent des avantages d'aidants pour eux que les médecins les plus jeunes, probablement grâce à leur expérience qui permet de mieux gérer seuls certaines situations où un médecin plus jeune demanderait plus facilement d'aide et sentirait le bénéfice de cette aide pour lui.

IV.3.3. Les inconvénients des aidants

Les médecins de 60 ans et plus ont cité 2 fois plus d'inconvénients que les plus jeunes, ce qui est cohérent avec le fait qu'ils donnaient moins d'avantages aussi.

Si les médecins les plus âgés étaient moins demandeurs d'aides que les plus jeunes, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils soient moins demandeurs d'aides externes grâce à leur expérience acquise au fil des années, ou au contraire par le fait qu'ils trouvent en général plus d'inconvénients à solliciter ces aides que les plus jeunes et qu'ils préfèrent gérer cela tous seuls.

En analysant par lieu d'exercice, ceux exerçant en milieu rural ont moins cité de références que ceux exerçant en milieu semi-rural et en milieu urbain réunis alors même que ceux travaillant en rural sont presque 2 fois plus nombreux.

Le fait de citer moins d'inconvénients que les autres peut s'expliquer soit par une utilisation moins fréquente des aidants en général et donc un moindre reproche à leur faire puisque ne les sollicitant pas, ou au contraire une satisfaction d'être aidé et donc peu d'inconvénients qui en ressortent pour eux.

IV.3.4. Les moyens de communication

Les participants les plus âgés trouvent plus d'avantages à utiliser les moyens de communication principalement avec la MSP que les deux autres classes, alors que les plus jeunes ont plus cité certains professionnels comme les IDE, mais aussi les auxiliaires de vie et les structures. Ils sont par contre aussi les plus nombreux à avoir décrit des inconvénients pour le médecin.

Les moyens de communication utilisés dans les MSP ont été plus cités par les participants les plus âgés, alors que l'on aurait pu s'attendre à l'inverse. Cela est probablement dû au fait que les plus jeunes utilisent une diversité plus importante de moyens de communications et à des destinataires aussi plus nombreux, puisque leur nombre global de références n'est pas plus faible que celui des plus âgés. **Cela peut expliquer pourquoi les plus jeunes trouvent plus d'inconvénients à utiliser ces moyens de communication car l'abondance des notifications et d'avoir plusieurs logiciels ou outils ont été cités comme inconvénients, alors que les plus âgés semblent eux voir plus souvent d'avantages à ces moyens de communication car probablement satisfaits des outils qu'ils utilisent et gardent.**

Si l'on compare cela avec la durée d'exercice, les résultats peuvent être mis en parallèle avec l'âge puisque les plus expérimentés citent plus les avantages dans le cadre d'une MSP, alors que ceux avec le moins d'expérience citent principalement plus des inconvénients pour le

médecin et davantage les moyens de communication avec les IDE, orthophonistes, podologues, mais aussi les axillaires de vie et les structures.

Si l'on regarde par rapport au genre, on peut seulement remarquer que l'utilisation de moyens de communication avec la MSP a été plus citée par les hommes, et que les inconvénients pour les médecins ont été plus cités par les femmes.

IV.3.5. La télésurveillance

Ce sont les plus jeunes participants qui ont surtout donné des exemples de télésurveillance et voient un avantage à l'utilisation de la télésurveillance, notamment pour eux ou pour les autres professionnels de santé. Cela se retrouve aussi en regardant par durée d'exercice, où l'on peut voir que ceux exerçant depuis moins de 20 ans trouvent beaucoup plus d'avantages que ceux exerçant depuis plus longtemps.

Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en donnant plus d'exemples ils auraient déjà eu affaire à ces outils ou auraient déjà une idée de l'intégration de la télésurveillance dans leur pratique, et voient donc des avantages à les utiliser (et donc a priori moins d'appréhension que les autres médecins).

Concernant les limites et inconvénients, les plus âgés ont principalement mis en avant le coût que cela entraînerait (avec parfois la question de l'utilisation de cet argent d'une autre façon), mais aussi la perte de la relation humaine avec ces outils et la limite par rapport à l'importance de la clinique et de la nécessité d'utiliser cela uniquement comme un outil.

Les plus jeunes ont de leur côté plutôt insisté sur les contraintes que l'utilisation de ces outils entraînerait (notamment sur la vie privée), mais aussi les limites par rapport à l'absence de ressources humaines pour gérer ce flux d'informations. Ils ont aussi insisté sur le risque d'angoisse pour leurs patients d'utiliser seuls ces outils.

La plupart de ces constatations se retrouve en croisant les thèmes avec la durée d'exercice, sauf avec la limite de la clinique et la perte de la relation humaine qui se retrouvent plus souvent cités par les participants exerçant depuis 20 à 29 ans que les plus expérimentés. Ceux exerçant depuis 20-29 ans ont aussi mis en avant la limite pour le médecin d'avoir des données pertinentes grâce à l'utilisation de ces outils, ainsi que les limites techniques que pourraient rencontrer leurs patients.

Les hommes ont un peu plus nuancé l'intérêt et l'utilité de la télésurveillance ainsi que l'angoisse que cela pourrait entraîner sur leurs patients, alors que les participantes ont plus insisté que les hommes sur la perte de la relation humaine, le coût, l'intérêt de la clinique, la pertinence des données et l'utilisation en tant qu'outil, et aussi les limites techniques à la fois pour le médecin et le patient.

Si l'on regarde le lieu d'exercice, les participants exerçant en environnement urbain citent plus souvent les limites de la clinique ainsi que les limites de l'absence de relations humaines ; tandis que ceux travaillant en semi-rural citent plus que les autres les limites relatives au coût.

Les plus âgés ont insisté sur le côté pragmatique avec l'importance de la relation humaine et de la clinique et le risque de perdre ces éléments avec la télésurveillance, tandis que les plus jeunes ont parlé plutôt de l'aspect pratique avec les problèmes et contraintes à l'utilisation de ces outils. Ce sont les plus jeunes qui sont les plus nombreux à parler de la télésurveillance et des avantages qu'ils y voient. Ces différents aspects semblent aussi varier selon le sexe des participants ou leur lieu d'exercice.

IV.3.6. Les perspectives de la télésurveillance

Les plus jeunes ont moins mis en avant l'importance de la clinique et la difficulté à conjuguer cela avec la télésurveillance que les participants plus âgés qu'eux, ainsi que l'intégration de ce moyen de surveillance sur les personnes âgées. Ils ont aussi moins cité la sortie d'hospitalisation comme potentielle perspective d'utilisation de la télésurveillance. Les 50-60 ans ont eux autant cité l'utilisation de la télésurveillance pour les personnes âgées que les plus de 60 ans.

Ceux exerçant depuis 20-29 ans sont les seuls à avoir cité cette question de l'intégration de la télésurveillance dans leur clinique et ceux ayant principalement envisagé de l'utiliser pour une sortie d'hospitalisation, mais ils n'ont par contre pas mentionné la possible délégation de tâches qui pourrait se faire pour surveiller leurs patients au contraire des deux autres classes.

Ceux ayant entre 20-29 ans d'exercice de médecine ont plus cité la difficulté de l'absence de clinique, et ont produit moins de citations concernant la délégation de tâches. Ils ont par ailleurs plus parlé de la sortie d'hospitalisation comme cas d'utilisation de la télésurveillance.

Globalement ce sont majoritairement les femmes qui ont discuté de ces perspectives d'utilisation dans leur future pratique sauf lorsqu'il s'agissait de préciser leur prise en charge des personnes âgées.

Ceux exerçant en milieu urbain ont plus cité les cas possibles d'utilisation en sortie d'hospitalisation, alors que ceux travaillant en semi-rural ont plus appuyé sur la question de la délégation de tâches.

On pourrait penser que dans le cas d'un exercice en urbain, les participants se sentent suffisamment proches de leurs patients pour mettre en place la télésurveillance tout en restant disponible si besoin ou avec la possibilité de faire passer d'autres intervenants.

Les possibilités d'utilisation en sortie d'hospitalisation ont principalement été annoncées par les plus âgés ou ceux exerçant en milieu urbain. La possibilité de délégation de tâche a été discuté par les participants travaillant en milieu semi-rural et par ceux exerçant depuis moins de 20 ans et ceux travaillant au contraire depuis plus de 30 ans, qui ont peut-être déjà eu l'occasion de déléguer d'autres tâches (par exemple sur les IPA ou les assistants médicaux).

IV.4. Forces et limites de l'étude

IV.4.1. Forces de l'étude

Le sujet est original. Alors que le domaine de la santé connectée, dont font partie les objets connectés, est un marché en pleine expansion qui pèsera plus de 130 milliards d'euros d'ici la fin de la décennie, il existe peu de publications sur son application en soins primaires.

Il s'agit d'une étude ancillaire d'une recherche interventionnelle qui vise à explorer l'acceptabilité et la faisabilité d'un outil dans une optique de déploiement.

La méthode de l'analyse qualitative phénoménologique utilisée dans cette étude était adaptée à la question de recherche et aux objectifs, car il était question de récupérer et d'analyser le ressenti des participants qui ont vécu une expérience de télésurveillance.

Ce type d'étude relève d'un échantillonnage raisonné ce qui est tout à fait le cas avec des participants de moins de 30 ans mais aussi ceux de plus de 60 ans, et des durées d'exercice récentes de 8 ans mais aussi des médecins plus expérimentés travaillant depuis plus de 30 ans.

Les séances d'entretiens collectifs semi-dirigés offrent plusieurs autres avantages :

- créer une dynamique de groupe : les échanges entre les participants peuvent susciter de nouvelles réflexions, des nuances et des complémentarités dans les discours, enrichissant ainsi la compréhension du phénomène étudié ;
- favoriser l'émergence de représentations collectives : les entretiens collectifs permettent d'identifier les consensus et les divergences au sein d'un groupe professionnel, révélant ainsi les représentations partagées et les spécificités individuelles ;
- observer les interactions sociales : l'analyse des interactions entre les participants peut fournir des informations précieuses sur les dynamiques de groupe, les influences sociales et les processus de construction des savoirs ;
- optimiser le temps de collecte de données pour le chercheur : un entretien collectif permet d'interroger plusieurs personnes simultanément, ce qui peut être utile lorsque l'échantillon est dispersé géographiquement ou lorsque les contraintes temporelles sont limitées ;
- réduire les coûts : les entretiens collectifs peuvent permettre de réduire les coûts de la recherche, notamment en termes de temps et de ressources humaines.

Ces séances créent un environnement favorable, et encouragent les interactions entre les participants qui discutent entre eux, et débattent chacun sur leurs points de vue. Ce dynamisme de groupe favorise ainsi une diversité des réponses.

La notion d'anonymat permettait la libre expression pendant les débats.

La validation par le comité d'éthique a permis une validation externe sur le sujet et le thème de l'étude concernant le respect des principes éthiques. Cela a permis de modifier le guide d'entretien à la suite de leur avis.

Enfin, la triangulation de l'analyse avec la directrice de thèse a permis de renforcer la validité interne de notre étude.

IV.4.2. Limites de l'étude

La première limite est un biais de mémorisation : les souvenirs des médecins concernant leurs patients inclus dans l'étude eCOBAHLT étaient très vagues puisqu'il s'est passé un délai de presque dix ans entre la réalisation de cette étude (2014-2016) et l'organisation de ces groupes de discussion.

Il semble que le principal ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de eCOBAHLT était qu'ils avaient été plus spectateurs qu'acteurs dans la démarche. Ils avaient été informés de l'inclusion de leurs patients, avaient donné leur accord et n'avaient plus eu de contact. Les données collectées étaient gérées par l'UPS AV rattachée au CHU, et les médecins ne savaient pas qu'ils pouvaient accéder aux informations sur une plateforme connectée. L'évocation de leur vécu était donc difficile.

Certains thèmes n'ont été évoqués que par des participants d'un seul focus ce qui pourrait être le résultat d'un effet de groupe lorsque des thèmes sont initiés par une personne de ce groupe de discussion.

Ce délai long entre la fin de l'étude eCOBAHLT et le recrutement des médecins participants a rendu le recrutement plus compliqué puisque certains avaient déménagé hors département, d'autres étaient partis à la retraite ou avaient arrêté leurs activités, et certains étaient décédés.

Un nombre plus élevé de participants aurait probablement permis d'augmenter le nombre de références pour chaque code et permettre d'avoir une meilleure discrimination notamment pour l'analyse matricielle Car pour certains codes, les références n'émanaient que d'un ou deux participants.

Les caractéristiques socio-démographiques des participants ont montré une prédominance d'exercice en milieu rural, ce qui pourrait fausser ou du moins présenter des résultats différents entre des participants de milieu semi-rural ou urbain.

L'approche phénoménologique présente aussi plusieurs inconvénients.

L'une des limitations de cette approche est la limitation de la généralisation puisque les résultats obtenus par l'approche phénoménologique sont souvent spécifiques à un contexte particulier et peuvent être difficiles à généraliser à d'autres contextes.

Cette approche est aussi très consommatrice en termes de temps et de ressources, car elle nécessite une collecte et une analyse détaillées des données. Cela explique en partie la longue période de réalisation de cette étude.

Enfin, bien que cette approche vise à comprendre les expériences subjectives, elle peut également être influencée par la subjectivité du chercheur ce qui peut affecter l'interprétation des données.

Il est aussi à noter que cette étude est la première réalisée par l'enquêteur et est donc soumise à de possibles erreurs dus à son manque d'expérience dans le sujet.

IV.5. Perspectives de cette étude

L'objectif de cette étude était d'explorer l'acceptabilité et la faisabilité du déploiement d'un outil de télésurveillance à domicile de paramètres biométriques chez des patients âgés polypathologiques en identifiant des freins et des attentes des médecins généralistes.

Ces données viennent compléter celles de l'essai clinique contrôlé randomisé eCOBAHLT en étant ancillaires.

Cette étude, même si elle partait sur une base phénoménologique, a montré que plusieurs médecins considéraient finalement ne pas avoir d'expérience avec la télésurveillance.

Cependant, les résultats ont montré que même sans « expérience », les participants ont présenté l'utilisation de la télésurveillance comme une solution intéressante dans le maintien à domicile des personnes âgées. La plupart ont imaginé l'utiliser en tant qu'outil de surveillance d'une décompensation et ainsi maintenir la personne à domicile tout en restant sous surveillance. D'autres médecins ont imaginé qu'à défaut de faire sortir des patients rapidement après une chirurgie (chirurgie orthopédique par exemple), ces outils pourraient être mis en place pour maintenir une surveillance chez ces patients encore fragiles et à risque. Un participant a proposé une idée originale de réévaluation d'une situation à partir de données rétrospectives. En présentant ces différentes possibilités, les participants ont tous voulu mettre en avant que la mise en place de la télésurveillance doit se faire uniquement sur un ciblage des patients, ceci afin d'éviter leurs appréhensions et leurs craintes.

En effet, même s'ils ont pour la plupart tous indiqué voir un avantage à utiliser la télésurveillance dans certains cas, l'étude a montré que les inconvénients leur semblaient bien plus importants que les avantages. Au premier plan, ils ont tous exprimé la crainte de se retrouver face à un flux important d'informations qu'ils ne sont pas sûrs de pouvoir gérer dans le futur. L'utilité ou la pertinence de certaines données pourrait être remise en cause en cas d'adoption massive de ces objets connectés (la prise de tension artérielle ou des variations physiologiques de poids ont été citées comme exemples). De plus, ils se questionnent sur la responsabilité des opérateurs qui auraient raté des informations importantes et la peur du risque de dérives financières si de telles données devaient être analysées voire exploitées par de grands groupes. Ils craignent que ce mode de surveillance vienne pallier le manque de personnel ou économiser des jours d'hospitalisation en les faisant sortir trop précocement.

L'implication des médecins généralistes à ces dispositifs ne serait optimale que s'ils comprennent l'intérêt de l'utilisation de ces outils et des données qu'ils fournissent.

Ils ont par ailleurs évoqué les modalités qui leur semblaient idéales pour la mise en place de ces dispositifs, avec des appareils simples d'utilisation, peu contraignants pour le patient mais aussi pour le médecin (logiciel commun, interopérabilité avec les systèmes actuels) pour pouvoir l'adapter à leur pratique.

Les résultats de cette étude montrent donc l'importance d'élaborer des pistes permettant de lever ces craintes, par exemple en mettant en place un cadre légal sur ces modalités de télésurveillance, en établissant qui devra gérer ces flux de données, en encadrant l'analyse et le stockage de ces données (revente des données, risque d'accès par les banques et assurances), la gestion des coûts (qui seront probablement pris sur un autre budget).

Malgré tout cela, ces dispositifs ne doivent rester qu'un outil au service des médecins, et la clinique et la relation humaine (du médecin mais aussi de tous les autres intervenants autour de la personne âgée) ne devront jamais être oubliées au profit d'une économie de coût par ces machines.

Conclusion

Avec le vieillissement de la population française et face à la baisse des médecins généralistes en France, la prise en charge des personnes âgées à leur domicile devient un sujet de plus en plus fréquent pour les médecins. La venue de nouvelles solutions comme les objets connectés, notamment ceux dans le domaine de la santé mobile, ou la télémédecine sont de possibles modalités qui pourraient améliorer cette prise en charge.

Les résultats de l'étude eCOBAHLT mise en place en 2014 par le CHU de Limoges ont montré que la télésurveillance de paramètres biométriques chez des patients âgés polypathologiques permettait une baisse des réhospitalisations. La question était de déterminer l'acceptabilité par les médecins généralistes et la faisabilité d'une telle surveillance dans la pratique réelle.

Nous avons donc cherché à savoir ce qu'attendent les médecins généralistes du Limousin de la mise en place d'une télésurveillance de paramètres biométriques chez leurs patients âgés à domicile. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative phénoménologique conduite auprès de onze médecins généralistes du Limousin ayant eu des patients inclus dans l'étude eCOBAHLT, jusqu'à suffisance des données. Ces participants ont pris part à un des trois entretiens collectifs réalisés entre avril et mai 2024 où ils ont pu exposer les freins et les attentes vis-à-vis de ces outils. Ces données ont ensuite été analysées afin d'extraire les idées permettant de répondre à la question de recherche.

Les résultats ont montré que la personne âgée est une population complexe, souvent dépendante ou en perte d'autonomie, fragile avec sa polypathologie, mais aussi parfois isolée ou dans une précarité comme l'ont bien décrit les différents participants de cette étude.

Cette « complexité » explique qu'il existe beaucoup d'intervenants dans la prise en charge de la personne âgée, allant des proches dont fait souvent partie la famille, et des professionnels de santé comme les IDE, les pharmaciens ou les kinésithérapeutes. D'autres personnes comme les auxiliaires de vie, les assistantes sociales voire encore le facteur ou le maire interviennent auprès des personnes âgées. Le médecin généraliste est un des rouages de cette liste d'intervenants, et il a la possibilité de jouer un rôle central en coordonnant ces interventions, grâce à de plus en plus d'aides au fil des années.

Les différents moyens de communiquer entre les intervenants ont tous leurs avantages et leurs inconvénients comme le montrent les résultats mais ils sont essentiels à la prise en charge car comme le dit un participant « *On est plus intelligents quand on est nombreux, et ça donne plus de chance au maintien à domicile* ».

La télésurveillance des personnes âgées qui pourrait s'intégrer dans ces moyens de communication, présente des avantages et des inconvénients communs comme la perte de la clinique, l'augmentation du flux de données avec un retentissement sur la vie quotidienne, et des contraintes techniques ou logistiques comme la multiplication des logiciels. Ces outils présentent aussi des inconvénients pour les patients avec la perte de la présence humaine, le risque d'anxiété d'être seul face à la gestion de ces outils, et des inconvénients plus pragmatiques comme la question du coût, l'aspect éthique de cette surveillance.

Les paramètres les plus utiles seraient en premier lieu les constantes classiques comme la tension artérielle, la saturation, le poids, la température, la glycémie (qui étaient les cibles dans l'étude eCOBAHLT) mais aussi le rythme cardiaque, la dénutrition, la polysomnographie.

Les participants ont eux-mêmes défini les situations spécifiques qui pourraient relever d'une télésurveillance : surveiller les décompensations pour programmer des hospitalisations, éviter les hospitalisations non programmées, suivre les patients en sortie précoce d'hospitalisation.

Pour une meilleure adoption de la télésurveillance, ils ont imaginé des appareils correspondant aux attentes des patients (simples, peu encombrants, pas trop chers) et à leurs propres attentes (logiciel commun, application mobile, simple, peu contraignant, pertinent).

Il persiste cependant de nombreuses craintes et appréhensions à l'utilisation quotidienne de cette méthode de surveillance dans leur pratique médicale : le manque de temps, la crainte de se retrouver face à un flux de données important à gérer, l'absence de cadre légal, la peur de dérives financières, une mauvaise exploitation des données ou des dérives éthiques (« quand et où s'arrête la surveillance ? »).

Il est donc important de lever les freins en leur précisant les modalités de cette télésurveillance en termes de matériel pour récupérer les données, de paramètres biométriques à cibler, de ressources humaines pour l'analyse des données, de questions éthiques pour le stockage et la sécurité des données, ainsi que de contraintes de coût.

Tous ont cependant bien mis en avant le fait que ces appareils ne doivent rester que des outils, et qu'ils ne seront jamais à utiliser en remplacement de la clinique.

Pour finir sur une note optimiste que les nouvelles technologies en médecine ne remplaceront pas (encore ?) le médecin, je finirai sur la citation d'une participante :

« Et surtout, on disait, le regard. Une drôle de tête, c'est un truc qui ne va pas. Alors que jamais un outil ne nous dira "Bip, il a une drôle de tête." »

Références bibliographiques

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-démographie-médicale-2023>
2. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/démographie-des-professionnels-de-santé-au-1er-janvier-2023>
3. 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.
4. Allocations et aides aux personnes âgées [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N392>
5. Boulmier M. Habitat, territoires et vieillissement : un nouvel apprentissage. *Gérontologie et société*. 18 avr 2011;34136(1):29-46.
6. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953>
7. Organisation Mondiale de la Santé. Décennie du vieillissement en bonne santé, 2020-2030 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-fr.pdf>
8. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole - Insee Première - 1652 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738>
9. Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
10. Azim NBS. Maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie. 3 mai 2016;86.
11. Article 2 - Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006681980/2021-06-23
12. Bien vieillir [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-santé-a-tout-age2/bien-vieillir>
13. Article Annexe 2-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537/
14. Gervais P, Tousignant M, Hébert R, Connangle S. Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : comparaison des profils Iso-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR. *Management & Avenir*. 2009;26(6):205-18.

15. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
16. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2025 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-rapport-propositions-pour-2025-charges-produits>
17. Qu'est-ce qu'un désert médical, quelles actions des pouvoirs publics ? | vie-publique.fr [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queelles-actions-des-pouvoirs-publics>
18. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>
19. Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. Disponible sur: <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html>
20. Insee. Davantage de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans les départements les plus pauvres [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/~:text=En%202021,%20en%20France,%207%20%20des%20personnes,restreinte%20de%20places%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20d%C3%A9pendantes>.
21. Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? - Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/qui-vit-domicile-qui-vit-en-etablissement-parmi-les-personnes>
22. Aidant familial, proche aidant : quelles définitions et quelles aides ? [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/trouver-du-soutien/undefinedsolutions-pour-les-aidants/trouver-du-soutien/aidant-familial-proche-aidant-queelles-definitions-et-queelles-aides>
23. Vous aidez un proche âgé : quelles aides fiscales ? [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/soutien-financier/undefinedsolutions-pour-les-aidants/soutien-financier/vous-aidez-un-proche-age-queelles-aides-fiscales>
24. Des formations pour les aidants de personnes âgées [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/trouver-du-soutien/undefinedsolutions-pour-les-aidants/trouver-du-soutien/des-formations-pour-les-aidants-de-personnes-agees>
25. Pauchet C. Baluchon France. 2023. Où en est l'expérimentation du Baluchonnage en France ? Disponible sur: <https://baluchonfrance.com/ou-en-est-l'experimentation-du-baluchonnage-en-france/>

26. Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024 | CNSA.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/publications/chiffres-cles-de-laide-lautonomie-2024>
27. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>
28. Dispositifs d'appui à la coordination | CNSA.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/accompagnement-des-situations-complexes/dispositifs-dappui-la-coordination>
29. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
30. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). La télésanté : Pour l'accès de tous à des soins à distance. La télésanté : Pour l'accès de tous à des soins à distance. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesante>
31. 15 septembre 2018 : généralisation de la téléconsultation en France [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2018-09-12-dp-generalisation-teleconsultation-15-sept-2018>
32. Télésurveillance [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/telesurveillance>
33. Généralisation de la prise en charge des patients en télésurveillance pour certaines pathologies [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/etablissement/actualites/generalisation-de-la-prise-en-charge-des-patients-en-telesurveillance-pour-certaines-pathologies>
34. Belmin J, Villani P, Gay M, Fabries S, Havreng-Théry C, Malvoisin S, et al. Real-world Implementation of an eHealth System Based on Artificial Intelligence Designed to Predict and Reduce Emergency Department Visits by Older Adults: Pragmatic Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 8 sept 2022;24(9):e40387.
35. Haute Autorité de Santé [Internet]. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
36. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile>
37. Attentes et craintes des médecins généralistes bretons vis à vis des aides au diagnostic informatisées [Internet]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice/view/rennes1-ori-wf-1-17957?height=500&width=900>
38. Kogel D. La prise en charge médicale de la personne âgée. *Revue Francophone d'Orthoptie*. 1 juill 2015;8(3):204-8.

39. Cuvillier A. Accompagnement des proches aidants par les médecins généralistes de la Somme. Outils utilisés, ressentis et besoins : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. 15 sept 2023;142.
40. Nagenranft C. Les objets connectés en médecine générale : attentes et craintes des patients. 23 sept 2021;76.

Annexes

Annexe 1. Dress (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Comptes nationaux de la santé 2012 - Édition 2013	115
Annexe 2. Grille nationale AGGIR.....	116
Annexe 3. Carte présentant les valeurs d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2022.....	117
Annexe 4. Dress. Accessibilité potentielle localisée à l'offre exprimée en nombre d'ETP à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus.....	118
Annexe 5. CNSA. Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024.....	119
Annexe 6. Les principaux travaux d'adaptation financé par MaPrimeAdapt'.....	120
Annexe 7. Infographie : « Opérateur : Quelles démarches administratives pour faire de la télésurveillance ? »	121
Annexe 8. Argumentaire d'accroche	122
Annexe 9. Guide d'entretien utilisé durant les trois focus groupes	123
Annexe 10. Fiche signalétique	124
Annexe 11. Extrait de verbatim	125
Annexe 12. Extrait de codage descriptif.....	126
Annexe 13. Avis du comité d'éthique	127
Annexe 14. Liste des codes	128
Annexe 15. Carte conceptuelle	130

Annexe 1. Dress (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Comptes nationaux de la santé 2012 - Édition 2013

Page 67 extrait du Dossier « Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus »

Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus

TABLEAU 5 • Part de la population traitée pour les principales pathologies reconstituées (via les ALD, les consommations médicamenteuses et/ou les codes CIM 10 renseignés dans le PMSI).

En %

Pathologies (reconstituées par la CNAM-TS)	60-74 ans	75 ans ou plus
Hypertension artérielle (HTA) traitée	46	66
Hyperlipidémie traitée	36	39
Patients sous anxiolytiques ou hypnotiques	14	23
Patients sous antidépresseurs	11	16
Diabète traité	13	14
Maladie coronaire	5	10
Cancer en phase de surveillance	6	10
Troubles du rythme	3	9
Asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive traités	7	9
Autres pathologies cardiovasculaires	4	8
Alzheimer et autres démences	1	7
Cancer en phase active	5	6
Insuffisance cardiaque	1	6
AVC en phase chronique	1	3
Patients sous neuroleptiques	2	3
Artérite des membres inférieurs	1	3
Maladie valvulaire	1	3
Maladie de Parkinson	1	2
AVC en phase aiguë	0	1
Affections psychiatriques de longue durée (dont dépression sévère, névroses, troubles bipolaires, anxieux, obsessionnels compulsifs...)	1	1
Infarctus du myocarde (en phase) chronique	1	1

Note • Pathologies reconstituées à partir de la classification en ALD, des consommations médicamenteuses et des codes CIM pour les personnes hospitalisées. Ne sont pas représentés sur le tableau : polyarthrite, autres maladies neurologiques (dont épilepsies graves, sclérose en plaques, paraplégies...), autres pathologies psychiatriques, psychoses (dont schizophrénies, troubles psychotiques, délirants), infarctus aigu du myocarde, maladies chroniques actives du foie et cirrhoses, hémodialyse, autres maladies inflammatoires (périarthrite noueuse, lupus, sclérodémie), MIC, maladies métaboliques héréditaires et mucoviscidose, spondylarthrite, retard mental, dialyse péritonéale, suivi de transplantation rénale, infection à VIH, hémophilie et autres affections constitutionnelles de l'hémostase, transplantation rénale récente.

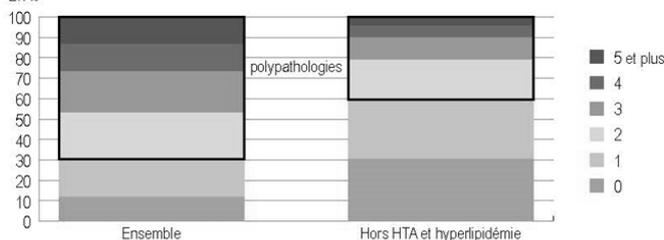
Champ • Consommants du RG (y compris SLM), année 2010.

Lecture • En 2010, à partir des recueils des motifs d'ALD, des consommations médicamenteuses et des motifs d'hospitalisation, on estime que 14,2 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont traitées pour du diabète.

Sources • SNIIRAM - Assurance Maladie et PMSI 2010.

GRAPHIQUE 7 • Nombre de pathologies pour les 75 ans ou plus par personne

En %



Note • Nombre de pathologies parmi la liste présentée dans le tableau 5, reconstituées via les ALD, les consommations médicamenteuses et la classification PMSI.

Champ • Consommants du RG (y compris SLM), de 75 ans ou plus, année 2010.

Lecture • Pour mesurer le nombre de patients atteints de plusieurs pathologies, on a retenu deux listes de pathologies, la plus large (présentée tableau 5 + note) et la même liste mais excluant l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie considérées alors comme des facteurs de risque, plutôt que des pathologies. Ainsi, au sens le plus englobant 70 % des personnes âgées ont plusieurs pathologies et au sens le plus restreint, 40 % sont en situation de polypathologie.

Sources • SNIIRAM, Assurance maladie et PMSI 2010.

Comptes nationaux de la santé 2012 - 67

Annexe 2. Grille nationale AGGIR

Extrait de l'Article Annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles

VARIABLES DISCRIMINANTES
COHERENCE :
converser et/ ou se comporter de façon sensée
ORIENTATION :
se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
TOILETTE :
concerne l'hygiène corporelle
HABILLAGE :
s'habiller, se déshabiller, se présenter
ALIMENTATION :
manger les aliments préparés
ELIMINATION :
assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
TRANSFERTS :
se lever, se coucher, s'asseoir
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR :
avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR :
à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
COMMUNICATION A DISTANCE :
utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...

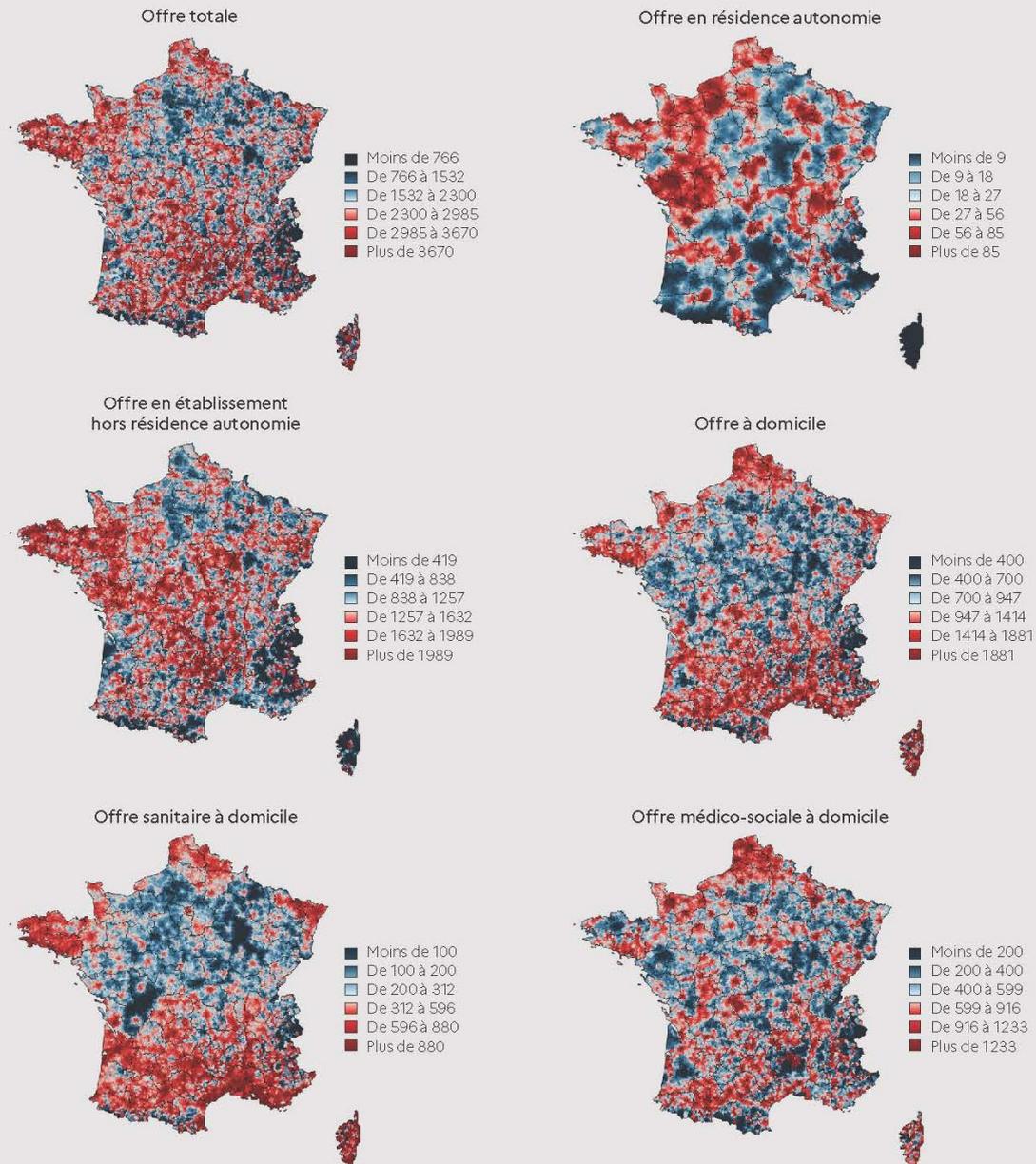
Annexe 3. Carte présentant les valeurs d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2022

Zoom avec focus sur les quatre départements concernés par l'étude eCOBAHLT (Corrèze, Creuse, Haute-Vienne, Loir-et-Cher)



Annexe 4. Dress. Accessibilité potentielle localisée à l'offre exprimée en nombre d'ETP à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus

Carte 1 Accessibilité potentielle localisée à l'offre exprimée en nombre d'ETP à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus



Établissement hors résidence autonomie : SSR, centres d'accueil de jour, Ehpad, EHPA non Ehpad USLD (hébergement temporaire, permanent ou de jour). Offre médico-sociale à domicile : aides à domicile en mode prestataire, mandataire ou en emploi direct. Offre sanitaire à domicile : infirmières libérales ou travaillant en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et hospitalisation à domicile (HAD).

Lecture > La commune de L'Abergement-Clémenciat (01001) compte 2 094 professionnelles en équivalent temps plein (ETP) accessibles à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. Cette offre totale se décompose en 722 professionnelles à domicile, 1 296 professionnelles en établissement hors résidence autonomie et 76 professionnelles en résidence autonomie.

Champ > Communes de France métropolitaine.

Sources > Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATIH, tableau de bord 2020 ; CNAMTS, SNDS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finess 2019, EHPA 2019, Badiane 2019.

> Études et Résultats n° 1279 © DREES

Annexe 5. CNSA. Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024

La CNSA, branche Autonomie de la **Sécurité sociale**

7 août 2020 : la loi organique n° 2020-991 et la loi n° 2020-992 entérinent la création de la branche Autonomie dont la gestion est confiée à la CNSA.

« La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la Sécurité sociale. La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. »

40,6 Md€

C'est le montant consacré au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap par la branche Autonomie, en 2024.

Budget de la branche Autonomie en 2024

Charges : 40,6 Md€							Produits : 41,8 Md€			
Fonds financement des ESMS : 31,6 Md€										
OGD PA 16,26		OGD PH 15,21		Revalorisation salariale ESMS 0,12						
Fonds prestations individuelles : 6,9 Md€										
FDCH 0,01	PCH 0,95*	APA 3,11**	AEEH 1,61	AJPA/ AVPF/AVA 0,36	AVP 0,07	Tarif plancher 0,42	CSA 2,5	CASA 0,9	Dotation État Sécur 0,4	Taxes sur les salaires 0,9
						Dotation complémentaire 0,42		Forfait HI*** 0,003	Divers 0,5	
<small>*Dont PCH parentalité **Dont soutien exceptionnel 2024 ***Habitat inclusif</small>										
Budget interventions : 0,8 Md€										
Prévention de la perte d'autonomie (concours aux départements) 0,20		Recherche et innovation 0,02		Soutien à la coordination 0,10			CSG 36,6			
		Qualité de l'offre 0,12		Accès aux droits 0,10						
				Soutien aux services à domicile 0,24						
Budget de gestion administrative : 0,7 Md€										
Financement des SI* réseaux 0,02			Financement des MDPH 0,18							
Frais de gestion 0,03			Autres charges 0,44							
<small>*Système d'information</small>										
Budget investissement ESMS : 0,7 Md€										
Séjour numérique 0,11		Séjour immobilier 0,44		PAI CNSA 0,12						
Résultat : +1,2 Md€										

Source : CNSA, budget initial 2024.

Annexe 6. Les principaux travaux d'adaptation financé par MaPrimeAdapt'

Les principaux travaux d'adaptation financés

Travaux intérieurs

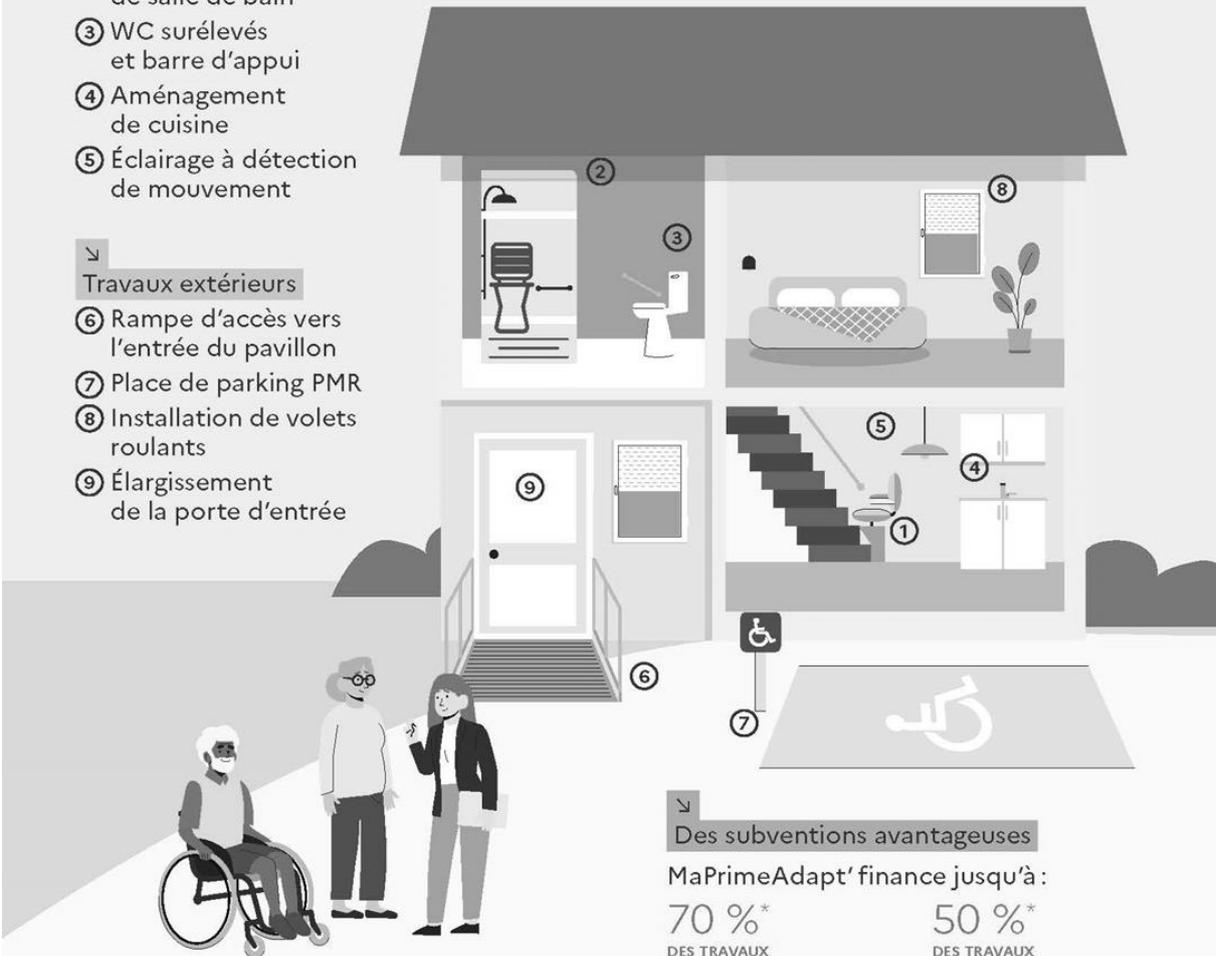
- ① Monte-escalier
- ② Aménagement de salle de bain
- ③ WC surélevés et barre d'appui
- ④ Aménagement de cuisine
- ⑤ Éclairage à détection de mouvement

Travaux extérieurs

- ⑥ Rampe d'accès vers l'entrée du pavillon
- ⑦ Place de parking PMR
- ⑧ Installation de volets roulants
- ⑨ Élargissement de la porte d'entrée



MaPrimeAdapt'
Ma vie change, mon logement s'adapte



Des subventions avantageuses

MaPrimeAdapt' finance jusqu'à :

70 %*	50 %*
DES TRAVAUX POUR LES MÉNAGES AUX REVENUS TRÈS MODESTES	DES TRAVAUX POUR LES MÉNAGES AUX REVENUS MODESTES

* Dans la limite d'un plafond de travaux de 22 000 € HT

CONTACT PRESSE

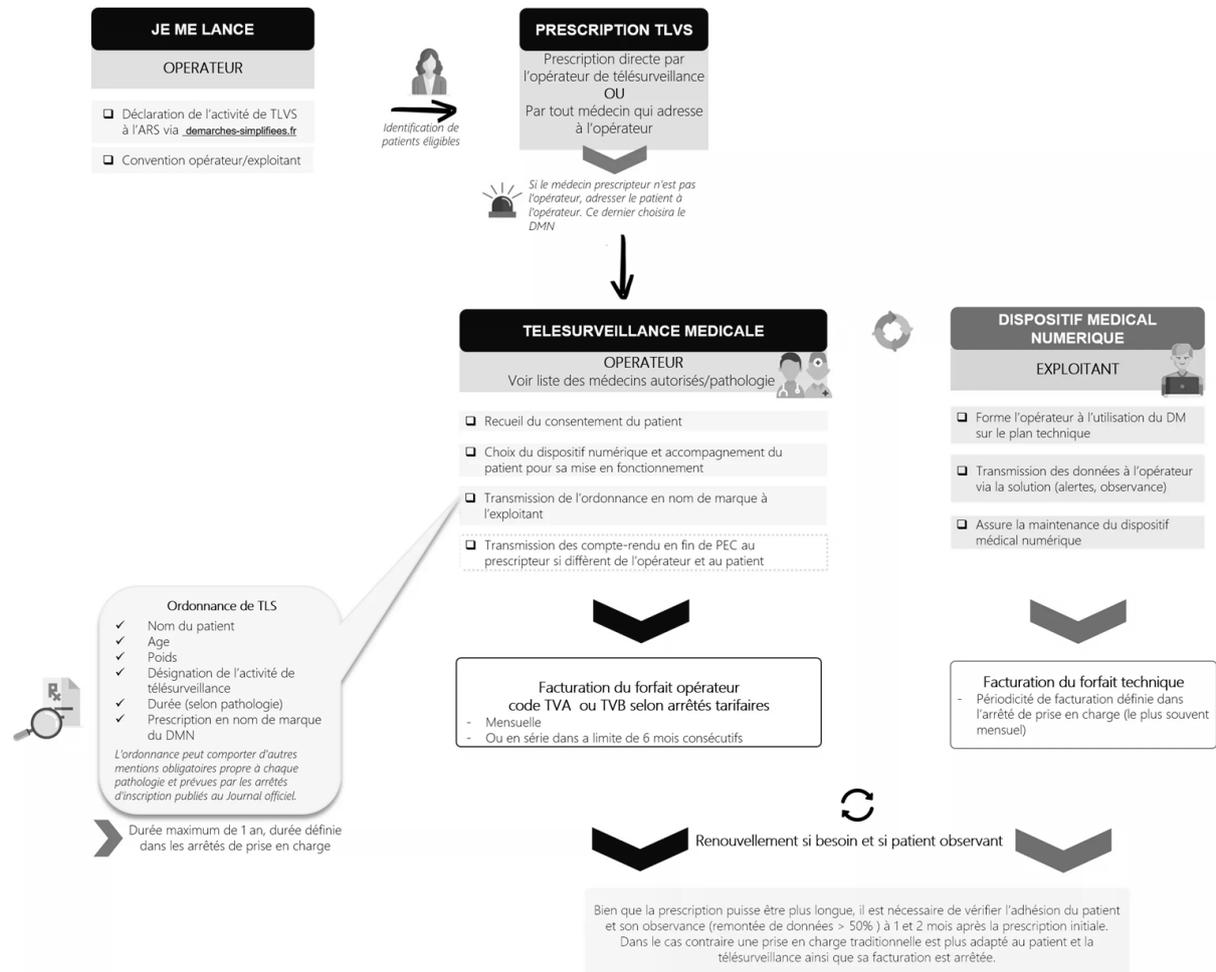
Agnès Garderet
Responsable du service communication
agnes.garderet@anah.gouv.fr
01 44 77 3915

Annexe 7. Infographie : « Opérateur : Quelles démarches administratives pour faire de la télésurveillance ? »



OPERATEUR

Quelles démarches administratives pour faire de la télésurveillance ?



Annexe 8. Argumentaire d'accroche

Thèse d'exercice : Maintien des personnages âgées à domicile.

Bonjour,

Je suis Sébastien CHEN-YEN-SU, interne en médecine générale à la faculté de Limoges.

Je me permets de vous solliciter car je réalise ma thèse d'exercice sous la direction du Professeur DUMOITIER en lien avec le Professeur TCHALLA. Ma thèse porte sur l'organisation du maintien à domicile des patients âgés. Je vous contacte car certains de vos patients ont été inclus en 2015 dans une étude eCOBAHLT et avaient bénéficié dans le cadre de cette étude d'une surveillance à domicile via des objets connectés pour mesurer la TA, l'oxymétrie, et le poids par exemple.

Et pour cela, j'organise des réunions-débats au cours desquels je souhaite que les médecins échangent sur leur vécu et discutent sur l'apport de ces objets dans la surveillance des personnes âgées polypathologiques à domicile.

Il n'est pas nécessaire de se souvenir des patients inclus dans cette étude car le focus group s'intéresse au maintien des patients âgés avec l'aide d'outils connectés plus généralement.

Ces réunions seront organisées en soirée dans votre territoire probablement d'ici fin mars/début avril, et durent environ une heure et demie.

Je recrute actuellement les médecins intéressés, avant de définir ensuite une date et un lieu selon les disponibilités des médecins.

Merci de l'intérêt que vous portez à ce sujet, et du temps que vous y consacrerez.

Bien confraternellement,

Sébastien CHEN-YEN-SU

Annexe 9. Guide d'entretien utilisé durant les trois focus groupes

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Comment décririez-vous la population des patients âgés que vous prenez en charge à domicile ?
(La répartition par tranches d'âge, leurs pathologies et comorbidités)
 2. Avec quels professionnels collaborez-vous pour maintenir vos patients âgés à domicile ?
 3. Comment partagez-vous les informations avec ces professionnels ?
 4. Que représente pour vous la Télésurveillance par télé médecine de paramètres biométriques ?
(Qu'est-ce que c'est ?/Définition. Où, quand, comment, pour qui ? Type d'outils de Télésurveillance par télé médecine de paramètres biométriques ?)
 5. Quels sont pour vous les avantages de la télésurveillance à domicile par télé médecine de paramètres biométriques ?
 6. Quels sont pour vous les inconvénients de la télésurveillance à domicile par télé médecine de paramètres biométriques ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 10. Fiche signalétique

FICHE SIGNALÉTIQUE :

La participation à cet entretien collectif est anonyme.

Ces informations vous sont demandées afin de faciliter l'analyse des données par la suite.

Date :

- Nom / Prénom :

- Genre : Féminin Masculin

- Âge (ans) :

- Durée d'exercice de médecine :

- Lieu d'exercice : Urbain Semi-Rural Rural

- Type de dossier médical : Dossier médical non informatisé
 Dossier médical informatisé avec stockage local
 Dossier médical informatisé avec stockage en ligne

Annexe 11. Extrait de verbatim

Animatrice : Et du coup, ben après, les deux questions en miroir qui suivent : Quelles pourraient être les avantages et les inconvénients d'une télésurveillance à domicile ?

P11 : On en a peut-être un petit peu parlé aussi.

(Rires)

Animatrice : Ouais. Peut-être approfondir un peu plus.

P11 : Alors après, dans les avantages, malgré tout, même si... Des fois, la limite est aussi d'analyser toutes les données qu'on peut avoir. Je pense que c'est... Il y a quelque chose à faire pour pouvoir continuer à communiquer des informations, à pouvoir anticiper ce que tu disais, P10.

De toute façon, aujourd'hui, le but, c'est d'anticiper le plus possible. C'est de voir venir le truc. Après, l'idéal, ça serait quand même d'avoir quelque chose qui nous bascule directement dans nos logiciels. Pour que, quand on va en visite, on a déjà, on a les graphes. Et on voit, par exemple, le poids, s'ils se pèsent une fois par semaine, s'ils sont diabétiques et ils ont l'insuline, on voit que dans la journée, en fait, ça descend.

Ça nous permet d'avoir des informations en amont qu'ils ne nous ont peut-être pas dit spontanément parce qu'ils nous voient, des fois, tous les mois ou tous les trois mois et ils n'y pensent pas. Ils y pensent avant et quand on est là, en fait, ils oublient tout.

Tout d'un coup, ils ont... C'est pour ça que, des fois, leur pense-bête... Moi, quand je les vois arriver avec leur listing comme ça, je me dis... Pfff

(Mime un soupir)

P11 : ... Mais je les encourage à continuer parce que c'est vrai que, malgré tout, des fois, des trucs qui paraissent anodins, qu'ils ne nous disent pas, en fait, sont peut-être plus utiles que le truc sur lequel ils bloquent depuis une semaine.

Et je pense que là-dessus, en termes de prévention et d'anticipation pour la fragilité et pour la prévention des chutes, un truc qui est quand même un gros facteur de mise en institutionnalisation, c'est quelque chose qui est intéressant et qui pourrait être très positif, mais il faut vraiment penser le déploiement. Essayer de le reconnecter à quelque chose qu'on a déjà. Pas que ce soit un support supplémentaire, quoi.

Annexe 12. Extrait de codage descriptif

<ul style="list-style-type: none"> Aidants structures - limites Aidants professionnels médico-social - oui 	<ul style="list-style-type: none"> Télesurveillance - limites médecin (techniques) 	<ul style="list-style-type: none"> Moyens communication - Inconvénients médecin
<ul style="list-style-type: none"> Population PA - précarité Définition PA - fragilité 		<ul style="list-style-type: none"> Moyens communication - limites
<ul style="list-style-type: none"> Définition PA - isolement Aidants PS - avantages médecin Aidants structures - avantages médecin Télesurveillance - attentes (avantages médecin-PS) Télesurveillance - limites médecin (outil) 		<ul style="list-style-type: none"> Télesurveillance
<ul style="list-style-type: none"> Définition PA - pathologies Patient vu en visite Télesurveillance - limites médecin (ressources humaines) 		<ul style="list-style-type: none"> Moyens communication - avec IDE
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge - population PA Aidants professionnels médico-social - avantages médecin Moyens communication - avantages médecin Moyens communication - avec MSP Aidants structures - oui Maintien à domicile - structures-alternatives à non-institutionnalisation Participant 09 Participant 09 		
	<ul style="list-style-type: none"> Participant 10 Participant 10 	
		<ul style="list-style-type: none"> Participant 07 Participant 07
<ul style="list-style-type: none"> Participant 11 Participant 11 		
<ul style="list-style-type: none"> Participant 08 Participant 08 		
Densité d'encodage		

Animatrice: Et du coup, ben après, les deux questions en miroir qui suivent: **Quelles pourraient être les avantages et les inconvénients d'une télésurveillance à domicile ?**

P11: On en a peut-être un petit peu parlé aussi.

(Rires)

Animatrice: Ouais. Peut-être approfondir un peu plus.

P11: Alors après, dans les avantages, malgré tout, même si... Des fois, la limite est aussi d'analyser toutes les données qu'on peut avoir. Je pense que c'est... Il y a quelque chose à faire pour pouvoir continuer à communiquer des informations, à pouvoir anticiper ce que tu disais, P10.

De toute façon, aujourd'hui, le but, c'est d'anticiper le plus possible. C'est de voir venir le truc. Après, l'idéal, ça serait quand même d'avoir quelque chose qui nous bascule directement dans nos logiciels. Pour que, quand on va en visite, on a déjà, on a les graphes. Et on voit, par exemple, le poids, s'ils se présentent une fois par semaine, s'ils sont diabétiques et ils ont l'insuline, on voit que dans la journée, en fait, ça descend.

Ça nous permet d'avoir des informations en amont qu'ils ne nous ont peut-être pas dit spontanément parce qu'ils nous voient, des fois, tous les mois ou tous les trois mois et ils n'y pensent pas. Ils y pensent avant et quand on est là, en fait, ils oublient tout.

Tout d'un coup, ils ont... C'est pour ça que, des fois, leur pense-bête... Moi, quand je les vois arriver avec leur listing comme ça, je me dis... Pff!

(Mime un soupir)

P11: ... Mais je les encourage à continuer parce que c'est vrai que, malgré tout, des fois, des trucs qui paraissent anodins, qu'ils ne nous disent pas, en fait, sont peut-être plus utiles que le truc sur lequel ils bloquent depuis une semaine.

Et je pense que là-dessus, en termes de prévention et d'anticipation pour la fragilité et pour la prévention des chutes, un truc qui est quand même un gros facteur de mise en institutionnalisation, c'est quelque chose qui est intéressant et qui pourrait être très positif, mais il faut vraiment penser le déploiement. Essayer de le reconnecter à quelque chose qu'on a déjà. Pas que ce soit un support supplémentaire, quoi.

P10: Et ça, c'est pas gagné.

P11: Après, j'ai dit que c'était une belle utopie. Mais on peut tendre vers.

P10: Oui, mais oui. De toute façon les outils de communication, c'est souvent le truc qui fait que...

P11: Et que, des fois, tu lâches, en fait. Ce n'est pas que tu ne veux pas suivre. Mais il y a des fois... PAACO, j'avoue que il y a des fois, il y a des notifications. Quand tu en as 40 dans la journée. "Là, eh ben là j'ai pas le temps." Et puis après, je l'oublie.

Alors que des fois, t'as plein d'infos, t'as plein de trucs. Et c'est des fois compliqué de cumuler un logiciel, deux logiciels. Nous, on s'envoie des post-its dans notre logiciel commun pour nous demander des trucs, pour donner des infos et des machins. Donc on a les post-its d'un côté, on a les mails de l'autre, on a PAACO, on a le message...

P10: Moi, dans cinq institutions, il y a cinq logiciels différents.

P7: Bah oui, bien sûr. On connaît.

P11: C'est ça.

P7: Nous on connaît.

P8: Et comme effectivement...

P10: Le matin, j'ouvre tout ça. Plus PAACO, plus le MSS, plus mon mail perso, plus les notes.

P7: Ah non, parce qu'on est d'accord. Ça change de sujet, là. Mais c'est... Je vais dans ton sens, en fait. Et en t'écoutant parler, je me dis que certainement, dans les années qui vont venir, il va y avoir la télésurveillance à domicile quasiment systématique pour les patients âgés. Peut-être que quand on arrivera au domicile, effectivement, on mettra la prise diagnostique et tu auras ce que tu disais tout à l'heure.

C'est-à-dire qu'on va avoir effectivement des variations de pression, etc. Alors, ce qu'on ne peut pas faire, finalement, tous les jours, parce qu'on a trop d'informations qui arrivent, quand on va au domicile du patient, on va pouvoir avoir une synthèse très rapide et on aura peut-être,

Annexe 13. Avis du comité d'éthique

CHU LIMOGES

Comité d'Ethique

Président : Docteur Gérard TERRIER

Avis 47-2024-07

Projet de thèse : « Qu'attendent les médecins généralistes de la mise en place d'une télésurveillance par télémedecine de paramètres biométriques chez leurs patients âgés à domicile ».

Le projet de thèse « Qu'attendent les médecins généralistes de la mise en place d'une télésurveillance par télémedecine de paramètres biométriques chez leurs patients âgés à domicile » de Monsieur Sébastien CHEN YEN SU, interne en médecine générale sous la direction du Docteur Nathalie DUMOITIER médecin généraliste ne recueille aucune réserve du point de vue éthique.

Avis enregistré sous le n° 47-2024-07



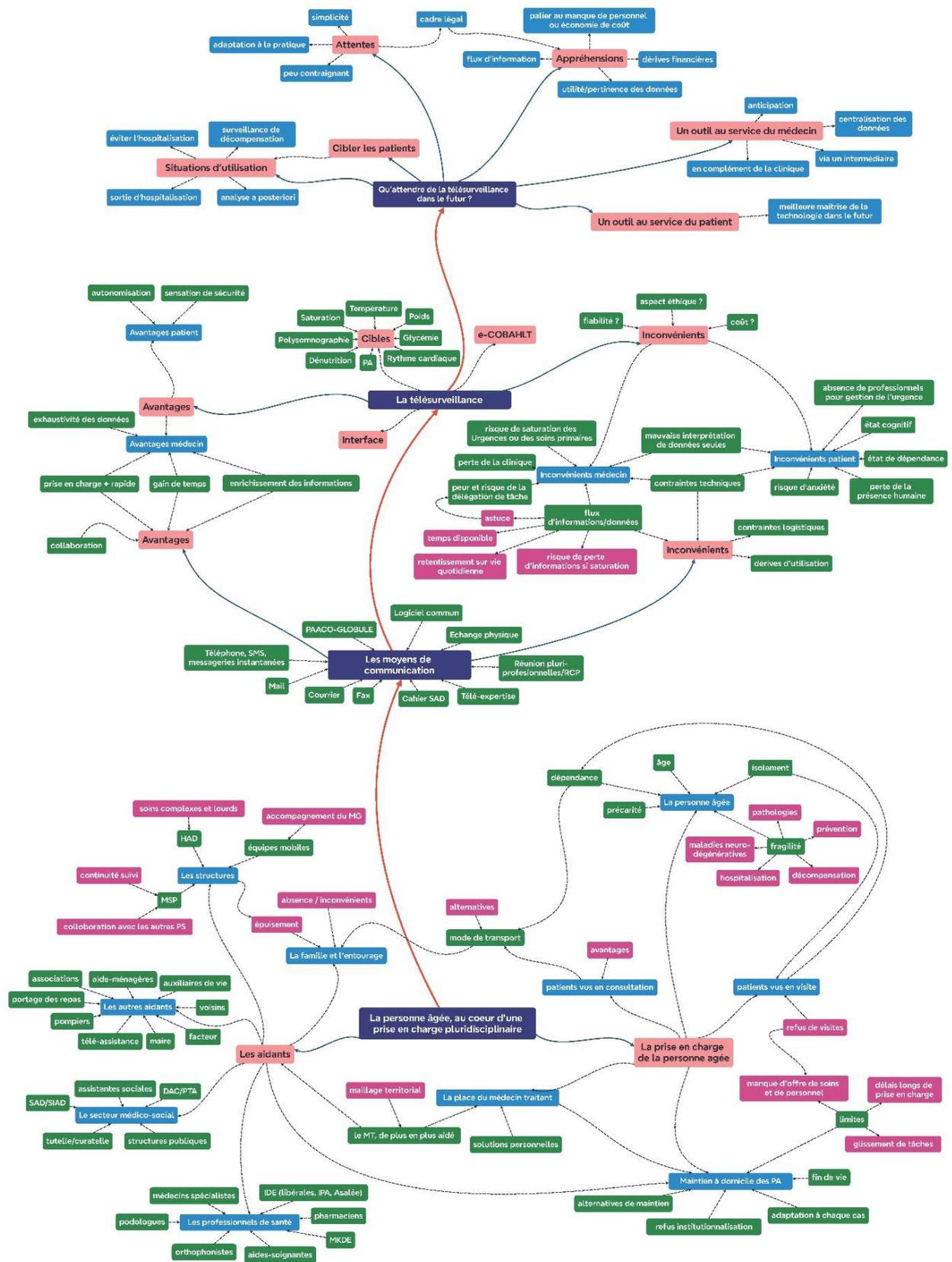
Docteur Gérard TERRIER

Annexe 14. Liste des codes

Aidants - relations	Maintien à domicile - définition	Population PA - précarité
Aidants autres - avantages famille	Maintien à domicile - fin de vie	Population PA - prévention-risques
Aidants autres - avantages médecin	Maintien à domicile - structures-alternatives à non-institutionnalisation	Population PA - refus
Aidants autres - oui	Mode transport - autres	Population PA - répartition patientèle
Aidants familiaux - avantages médecin	Mode transport - entourage	Population PA - surveillance
Aidants familiaux - implication	Mode transport - famille	Population PA - évolution
Aidants familiaux - inconvénients famille	Mode transport - limites	Prise en charge - clinique-expérience
Aidants familiaux - limites	Mode transport - non	Prise en charge - délégation de tâches
Aidants familiaux - non	Mode transport - personnel	Prise en charge - population PA
Aidants familiaux - oui	Moyens communication - astuces médecin	Répartition consultations-visites
Aidants professionnels - avantages famille	Moyens communication - avantages médecin	Sortie d'hospit
Aidants professionnels - avantages médecin	Moyens communication - avantages patient	Télésurveillance - attentes (avantages médecin-PS)
Aidants professionnels - avantages patient	Moyens communication - avec auxiliaires de vie	Télésurveillance - attentes (avantages patient)
Aidants professionnels - inconvénients famille	Moyens communication - avec biologistes	Télésurveillance - attentes (général)
Aidants professionnels - inconvénients médecin	Moyens communication - avec DAC-PTA	Télésurveillance - cibles
Aidants professionnels - inconvénients patient	Moyens communication - avec IDE	Télésurveillance - définition
Aidants professionnels - limites	Moyens communication - avec MKDE	Télésurveillance - exemples
Aidants professionnels - oui	Moyens communication - avec MSP	Télésurveillance - hors paramètres biométriques
Aidants professionnels médico-social - avantages médecin	Moyens communication - avec médecins	Télésurveillance - limites (coût)
Aidants professionnels médico-social - avantages patient	Moyens communication - avec médico-social	Télésurveillance - limites (dérives)
Aidants professionnels médico-social - limites	Moyens communication - avec orthophonistes	Télésurveillance - limites famille
Aidants professionnels médico-social - oui	Moyens communication - avec pharmaciens	Télésurveillance - limites médecin (clinique)
Aidants PS - avantages médecin	Moyens communication - avec podologues	Télésurveillance - limites médecin (contraintes)
Aidants PS - avantages patient	Moyens communication - avec structures	Télésurveillance - limites médecin (humaines)
Aidants PS - inconvénients médecin	Moyens communication - cibles	Télésurveillance - limites médecin (intérêt-utilité)
Aidants PS - inconvénients patient	Moyens communication - général	Télésurveillance - limites médecin (outil)

Aidants PS - limites	Moyens communication - inconvénients médecin	Télésurveillance - limites médecin (pertinence des données)
Aidants PS - oui	Moyens communication - limites	Télésurveillance - limites médecin (repos)
Aidants structures - avantages médecin	Offre de soins - insuffisance	Télésurveillance - limites médecin (ressources humaines)
Aidants structures - avantages patient	Offre de soins - rural	Télésurveillance - limites médecin (techniques)
Aidants structures - limites	Offre de soins - Urgences	Télésurveillance - limites médecin (valorisation)
Aidants structures - oui	Offre de soins - ville	Télésurveillance - limites patient (angoisse)
Consultation - avantages médecin	Participant 01	Télésurveillance - limites patient (cognitif)
Consultation - avantages patient	Participant 02	Télésurveillance - limites patient (contraintes-éthique)
Consultation - inconvénients médecin	Participant 03	Télésurveillance - limites patient (relations humaines)
Consultation - inconvénients patient	Participant 04	Télésurveillance - limites patient (techniques)
Définition PA - dépendance	Participant 05	Télésurveillance - non
Définition PA - fragilité	Participant 06	Visites - avantages médecin
Définition PA - isolement	Participant 07	Visites - avantages patient
Définition PA - pathologies	Participant 08	Visites - inconvénients médecin
Définition PA - perte locomotion-autonomie	Participant 09	Visites - inconvénients patient
Définition PA - souffrance psy	Participant 10	Visites - refus
Définition PA - âge	Participant 11	
eCOBAHLT - implications	Patient vu en consultation	
eCOBAHLT - perception	Patient vu en EHPAD	
	Patient vu en visite	

Annexe 15. Carte conceptuelle



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.

Télésurveillance de paramètres biométriques au service du maintien à domicile de la personne âgée polypathologique : Identification des freins et des attentes des médecins généralistes par une étude qualitative ancillaire de l'essai clinique contrôlé randomisé eCOBAHLT

CONTEXTE : L'étude eCOBAHLT a montré une diminution des réhospitalisations de patients polypathologiques par une télésurveillance de paramètres biométriques. Avec le vieillissement de la population française et la baisse du nombre de médecins généralistes, il est important de savoir si cela peut s'appliquer dans la vie réelle des médecins généralistes.

OBJECTIFS : Identifier les freins et attentes des médecins généralistes concernant la télésurveillance par paramètres biométriques pour les personnes âgées polypathologiques.

METHODE : Étude qualitative phénoménologique menée à travers trois entretiens collectifs réalisés entre avril et mai 2024, et analysés à l'aide du logiciel NVivo®. Cette étude a été conduite auprès de médecins généralistes du Limousin ayant eu des patients inclus dans l'étude eCOBAHLT, à partir d'un guide d'entretien jusqu'à suffisance des données. L'analyse a été menée à trois niveaux de codage : descriptif, thématique et matriciel.

RESULTATS : Onze médecins généralistes ont participé à l'étude. La complexité de la personne âgée nécessite une collaboration avec les autres aidants via des moyens de communication. L'utilisation de la télésurveillance peut avoir des avantages dans des cas précis, comme la surveillance d'une décompensation. Mais les craintes à son utilisation comme l'absence de cadre légal, le flux d'informations supplémentaires, ou la pertinence réelle des données sont nombreuses.

CONCLUSION : Même si les médecins ont défini des objectifs de télésurveillance et ont réfléchi à des modalités, les craintes et appréhensions restent nombreuses. La télésurveillance ne pourra être acceptée par les médecins généralistes que si les objectifs et les modalités de mise en place sont clairement établis.

Mots-clés : personne âgée, maintien à domicile, télésurveillance, objets connectés, paramètres biométriques, soins primaires

Telemonitoring of biometric parameters for the home care of polypathological elderly patients: Identification of obstacles and expectations of general practitioners through an ancillary qualitative study of the randomized controlled trial eCOBAHLT

CONTEXT: The eCOBAHLT study showed a reduction in rehospitalizations of patients with chronic diseases through telemonitoring of biometric parameters. With the aging of the French population and the decline in the number of general practitioners, it is important to know if this can be applied in the real-life practice of general practitioners.

OBJECTIVES: Identify the barriers and expectations of general practitioners regarding telemonitoring through biometric parameters for elderly polypathological patients.

METHOD: Phenomenological qualitative study conducted through three group interviews carried out between April and May 2024, and analyzed using NVivo® software. This study was conducted with general practitioners from Limousin who had patients included in the eCOBAHLT study, using an interview guide until data saturation was reached. The analysis was carried out at three levels of coding: descriptive, thematic, and matrix.

RESULTS: Eleven general practitioners participated in the study. The complexity of elderly patients requires collaboration with other caregivers through communication tools. The use of telemonitoring can have advantages in specific cases, such as monitoring for decompensation. However, concerns about its use, such as the absence of a legal framework, the additional flow of information, or the actual relevance of the data, are numerous.

CONCLUSION: Even though doctors have set telemonitoring objectives and considered modalities, many fears and apprehensions remain. Telemonitoring will only be accepted by general practitioners if the objectives and implementation methods are clearly defined.

Keywords: elderly person, home care, telemonitoring, connected devices, biometric parameters, eCOBAHLT, primary care

